



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**PAULO HENRIQUE DA SILVA FRAZÃO**

**EPIDEMIOLOGIA DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE DO NEGRO NO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA – DF**

**2020**



**PAULO HENRIQUE DA SILVA FRAZÃO**

**EPIDEMIOLOGIA DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE DO NEGRO NO DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de iniciação científica apresentado à assistência de iniciação científica.

Orientação: Prof(a). Dra. Rafaella Albuquerque e Silva

**BRASÍLIA – DF**

**2020**

## **RESUMO**

A nação brasileira teve seu desenvolvimento marcado pelo mercantilismo escravista, o qual imprime marcas importantes na educação, economia, e saúde afetando de forma particular a população negra. O presente estudo teve como objetivo entender a situação social, com enfoque na saúde, da população negra no Distrito Federal. Foi realizado estudo descritivo ecológico no qual foram levantados indicadores populacionais de negros e não-negros das principais fontes de dados disponíveis entre 2008 e 2018. Foram encontradas maiores taxas de analfabetismo, gravidez precoce, mortalidade por causas externas, proporção de vítimas estupro, incidência e mortalidade por HIV em pessoas negras do que brancas. Tais dados sugerem maior vulnerabilidade social, com enfoque na saúde de pessoas negras em relação às brancas, fomentando a necessidade de políticas públicas voltadas para eliminar tais desigualdades.

**Palavras-chave: Epidemiologia; Desigualdades; População Negra**

## Sumário

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1.</b>	<b>A área de abrangência do estudo.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2.</b>	<b>As Regiões Administrativas Segundo renda e Raça/Cor.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.1.</b>	<b>População rural e urbana.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.2.</b>	<b>Saneamento básico.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.3.</b>	<b>Educação.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3.</b>	<b>Natalidade.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.</b>	<b>Mortalidade materna.....</b>	<b>22</b>
<b>4.5.</b>	<b>Mortalidade infantil.....</b>	<b>27</b>
<b>4.5.1.</b>	<b>Mortalidade em Menores de 5 anos.....</b>	<b>30</b>
<b>4.6.</b>	<b>Óbitos na população geral.....</b>	<b>31</b>
<b>4.6.1.</b>	<b>Óbitos por causas específicas.....</b>	<b>33</b>
<b>4.6.2.</b>	<b>Óbitos por causas externas.....</b>	<b>33</b>
<b>4.6.2.1.</b>	<b>Agressões.....</b>	<b>35</b>
<b>4.6.3.</b>	<b>Óbitos por doenças do aparelho circulatório.....</b>	<b>36</b>
<b>4.6.4.</b>	<b>Óbitos por neoplasias.....</b>	<b>38</b>
<b>4.7.</b>	<b>Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências - Distrito Federal.....</b>	<b>38</b>
<b>4.7.1.</b>	<b>Tipo de violência – Estupro .....</b>	<b>40</b>
<b>4.8.</b>	<b>Sífilis adquirida Segundo raça/cor no DF entre 2010 e 2017.....</b>	<b>42</b>
<b>4.9.</b>	<b>HIV/aids.....</b>	<b>48</b>
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>6.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento da nação brasileira perpassou por um processo de colonização caracterizado pela exploração comercial mercantilista e pelo sistema escravocrata. Tal sistema, mesmo após extinto, ainda causa reflexos sociais como segregação e racismo. (Tracco, 2014) (Nascimento & Medeiros, 2010). A segregação, por sua vez, imprime consequências desfavoráveis, inclusive no âmbito da saúde, pois determina condições especiais de vulnerabilidade. (FUNASA, 2005). Nesse contexto, a luta da população negra pela inclusão social e acesso à saúde é evidentemente importante.

A luta e o “desejo de liberdade dos negros fez parte do seu cotidiano desde o momento do seu aprisionamento” (Menezes, 2009). Após a abolição da escravatura, a luta pela liberdade e inclusão social do negro intensificou-se. Foram muitos anos de denúncias de fragilidade democrática até a criação da Frente Negra Brasileira em 1931, constituindo um marco para a projeção política das questões raciais no Brasil. Entre as décadas de 30 e 80, muitos foram os movimentos de luta contra a discriminação negra nos Estados Unidos e contra o apartheid na África do Sul. No Brasil essa luta também esteve presente, com abordagem no acesso à saúde (Brasil, 2013).

O marco das conquistas do acesso universal à saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual os movimentos negros participaram ativamente. Nessa conferência estipulou-se que a saúde era um direito universal, independentemente de cor, raça ou etnia. Na década de 90, o governo ocupou-se do tema negro diante das reivindicações do movimento “Marcha Zumbi” de 1995. Dentre os desdobramentos do movimento está a obrigatoriedade do quesito raça/cor nas pesquisas demográficas (Brasil, 2013). Em 2008, um importante marco para o estudo da população negra foi a introdução da Pesquisa das Características Étnico-raciais da População – PCERP, realizada pelo IBGE. A partir dos dados gerados, foi possível dar mais um passo no aprimoramento do estudo da população negra no Brasil. (Petrucelli & Saboia, 2013)

Em 2003 ocorreu a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), como órgão de assessoramento direto da Presidência da República. Posteriormente, em 2006, ocorreu o II Seminário Nacional de Saúde da

População Negra, marcado pelo reconhecimento oficial, por parte do Ministério da Saúde, da existência do racismo institucional nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013). Atualmente, a redução das iniquidades raciais em saúde no Brasil está prevista na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (Brasil, 2009)

Apesar de tantas conquistas, o racismo ainda está presente na sociedade brasileira, não apenas de maneira direta (manifestações individuais e conscientes), mas principalmente de maneira institucional. Usa-se o termo racismo institucional em referência às formas como as instituições contribuem para a naturalização e reprodução da desigualdade racial (López, 2012). Ele atua de forma difusa no funcionamento das instituições, que diferenciam a distribuição de serviços, benefícios e oportunidades, segundo etnia”, influenciando, inclusive nas políticas públicas (Silva et al, 2009 apud, López, 2012). Esse tipo de racismo é bastante expresso quando são analisados os dados epidemiológicos dos negros no Brasil. No âmbito da saúde, é sabido que os negros enfrentam muitas vulnerabilidades. Batista et al. (2012) enfatiza as diferenças observadas nas condições de vida, adoecimento e morte dependendo da raça/cor da população.

Atualmente, no entanto, alguns defendem que não existe racismo pautados no mito da democracia racial, sustentado pela presença da mestiçagem, equivocadamente avaliada como harmônica, na formação étnica brasileira. Esse pensamento enfraquece a busca por solucionar as notáveis iniquidades raciais (Zamora, 2012). Tal ideia ainda está impregnada no imaginário coletivo e inviabiliza discussões sobre a exclusão da população negra (Oliveira, 2012). No entanto, ao analisarmos os indicadores da população negra no Brasil, o tema da vulnerabilidade do negro, principalmente no campo da saúde, torna-se notavelmente relevante. Assim, é necessário que o tema seja extensamente estudado, problematizado e discutido.

No âmbito socioeconômico e no campo da saúde, os negros no Brasil são uma parcela populacional dotada de indicadores perversos: piores indicadores educacionais; piores condições de domicílio; maior parcela em situação de pobreza; menor acesso aos planos de saúde privados; maiores chances de morte por causas externas; dentre vários outros que confirmam uma vulnerabilidade desse grupo (IBGE, 2016) (BRASIL, 2014) (BRASIL, 2005 apud BRASIL, 2013a).

Frente a essa problemática, existe uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a qual visa combater essas iniquidades raciais no âmbito da saúde. A esse respeito, a Resolução nº 16, de 30 de março de 2017, em anexo nessa própria política, em seu artigo 3º, parágrafo III, propõe como ação impulsionadora, a “Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra” (Brasil, 2017). A PNSIPN tem como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde”. Seu objetivo é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”.

Poucos estudos a esse respeito dos agravos com enfoque em raça/cor são produzidos no Brasil. Segundo De Azevedo Barros, (2017) que buscou dentre todas as publicações de uma importante revista de saúde pública no país nos últimos 50 anos, observou-se uma carência de estudos conceituais e teóricos, de análises de tendências e monitoramento das desigualdades sociais em saúde. Dentro dessas desigualdades sociais, o tema da raça e cor é pertinente. Quando o enfoque é a mulher negra no Brasil, as publicações se tornam ainda mais escassas. Segundo Werneck (2016), entre os periódicos disponíveis na biblioteca virtual SciELO, a busca simples com descritores "saúde mulher negra" oferece apenas 24 artigos nacionais publicados a partir de 2008. Caso a busca seja restringida para artigos da área de saúde pública, apenas 6 textos puderam ser encontrados.

O Distrito Federal (DF) é uma Unidade Federativa (UF) que possui o melhor índice de desenvolvimento humano (IDH) dentre todas do Brasil, é o mais elevado entre todas as 27 UF (0,824), o 9º maior entre os 5.570 municípios brasileiros e o único classificado como muito alto (CODEPLAN, 2013). Entretanto, persistem as diferenças determinadas por fatores sociais, em especial, os determinados pela raça/cor. Nesse contexto, uma pergunta importante se mostra evidente: Como tais diferenças sociais incidem na saúde da população negra no DF?

### **1.1. OBJETIVOS**

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo geral entender a situação social, com enfoque na saúde, da população negra no Distrito Federal, 2008 a 2018.

Objetivos específicos

1. Traçar um panorama situacional de saúde do negro no Distrito Federal, considerando os indicadores de morbidade para as principais doenças infecciosas, violências e condições crônicas;
2. Descrever os indicadores de mortalidade da população negra do DF;
3. Analisar os indicadores de saúde (morbidade e mortalidade) da população do DF, comparando-os a partir do quesito raça/cor.
4. Discutir os resultados encontrados sob o enfoque das iniquidades raciais sofridas pela população de negros do DF.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O termo raça tem sua origem etimológica associada a aspectos pejorativos. Seu significado no Castelhana Antigo remonta ao defeito ou culpa. No entanto é um termo difuso e de difícil significado (COROMINES, 2008 apud PETRUCCELLI & SABOIA 2013). Não possui valor científico do ponto de vista genético e biológico, mas foi aplicado como forma de organização mediante as características comuns de grupos humanos. Esse conceito foi muito usado durante o século XVIII, por autores que buscavam classificar os humanos. Dentre os diversos autores, imperava como critério de separação o traço mais marcante, a cor da pele. Outros critérios usados nessa época eram o tamanho e forma, além dos aspectos “morais”. Até o início do século XX, o termo raça foi usado com conotação hierarquizante (MOTA, 1998).

Atualmente, entende-se raça como uma categoria socialmente construída ao longo da história, a partir de um ou mais signos ou traços culturalmente destacados entre as características dos indivíduos: uma representação simbólica de identidades produzidas desde referentes físicos aos elementos culturais. Na utilização desta categoria de análise, não se trata do grupo social cujo fundamento seria biológico, pois



o conceito de raça não é cientificamente válido, sendo pouco útil para descrever a diversidade biológica humana, mas de grupo social dotado de identidade cultural (PETRUCCELLI & SABOIA 2013; SANTOS, 2005).

A construção de uma ideia de inferioridade associada a raça negra se desenvolveu em paralelo com o pensamento iluminista. Se por um lado as ideias iluministas pregavam a liberdade, igualdade e fraternidade, alavancada por filósofos liberais, por outro dependia do tráfico de escravos para manutenção do desenvolvimento burguês e mercantil. É possível encontrar afirmações sobre a “natural” inferioridade dos africanos por filósofos, como John Locke (1632-1704), Charles de Secondat, barão de Montesquieu (1689-1755), Voltaire (1694-1778), David Hume (1711- 1776) e Immanuel Kant (1724-1804), e pelo político Thomas Jefferson (1743-1826). Nesse período, a legitimação intelectual da supremacia branca aparecia como naturalmente justificada pelas ideias hegemônicas para apoiar e alavancar a exploração dos povos africanos, mas também pela lógica da estrutura do discurso ocidental moderno (PETRUCCELLI & SABOIA 2013).

No âmbito socioeconômico, dentro do contexto nacional, existem vários indicadores que revelam uma vulnerabilidade da população preta ou parda em relação aos não negros no Brasil. Um dos fatores responsáveis por agravar as desigualdades raciais é o acesso ao ensino superior e o atraso escolar, o qual afeta mais os estudantes pretos ou pardos em comparação com os estudantes brancos. Segundo o IBGE (2016), em 2015, 53,2% dos estudantes pretos ou pardos de 18 a 24 anos de idade cursavam níveis de ensino anteriores ao ensino superior, como o fundamental e o médio, enquanto apenas 29,1% dos estudantes brancos estavam nessa mesma situação. Ademais, um total de pessoas de cor preta ou parda dessa faixa etária que cursavam o ensino superior, em 2015, era de 12,8%, abaixo do percentual alcançado pelos jovens estudantes brancos (26,5%).

Em relação as condições de domicílio, pretos ou pardos estavam 73,5% mais expostos a viver em um domicílio com condições precárias do que brancos (38,7% dos pretos ou pardos, contra 22,3% dos brancos) (IBGE, 2016).

No campo da distribuição de renda, as diferenças são incontestáveis. Segundo o IBGE, em 2014, nos 10% mais pobres, 76% eram pretos ou pardos e 22,8% brancos. Já no outro extremo da distribuição, ou seja, no 1% com maiores rendimentos da população em 2014, 17,8% eram pretos ou pardos, contra 79% de brancos. Além disso, os trabalhadores de cor preta ou parda ganhavam, em média, em 2015, pouco mais da metade (59,2%) do rendimento recebido pelos trabalhadores de cor branca (IBGE, 2016).

No campo da saúde, destacam-se desvantagens para as pessoas pretas ou pardas, com uma expressiva maioria sem plano de saúde (78,8%), e menor acesso à saúde e maior exposição a riscos. Além disso, mediante a indagação, um percentual maior de pessoas que se sentiram discriminadas no último serviço de saúde em que foram atendidas eram negras (11,5%, em comparação a 9,5 % dos brancos). Em relação a autoavaliação do estado de saúde, 7,6% dos negros do recorte avaliaram seu estado em regular, ruim ou péssimo (em comparação a 4,2% nos brancos) (IBGE, 2016). Em relação as mulheres negras, têm-se que a maior parte das mortes maternas ocorre em mulheres negras e com proporção crescente ao longo dos anos (Brasil, 2014).

Analisando-se o risco de morte, observou-se que o risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca. Caso seja um homem negro, o risco é 70% maior. No geral, o risco de morte por homicídios foi maior nas populações preta e parda, independentemente do sexo (Brasil, 2005 apud Brasil, 2013a). Ademais, pretos ou pardos tem maior o risco de morte por homicídio em relação à população branca, independentemente da escolaridade, sendo que a disparidade desses dados é maior nos grupos de maior escolaridade. (Brasil, 2005 apud Brasil, 2013a). Na população jovem, a violência desigual é ainda mais marcante. Segundo o Relatório Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência de 2017, um documento produzido por uma parceria entre ONU, UNESCO, Secretaria Nacional da Juventude e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em 2015, cerca de 54% dos homicídios ocorreram em jovens, dos quais 71% eram negros e 92% masculinos. A chance de um jovem negro (homem ou mulher) ser assassinado é quase três vezes (2,7) maior do que a de um jovem branco de mesma idade. Em relação às mulheres, o risco relativo de ser vítima homicídio entre jovens negras de 15 a 29 anos é 2,19 vezes maior do que em uma

jovem branca. Nesse relatório, alguns dados chamam atenção: os estados Alagoas, Amapá e Paraíba aparecem com riscos relativos muito elevados (12,7, 11,9 e 8,9 respectivamente). Ademais, o Distrito Federal, apesar de ser um dos estados com menor índice de vulnerabilidade à violência entre jovens do país, destaca um risco relativo de homicídio de 3,37 entre negros e brancos. Ou seja, mostra notável seletividade determinada pela cor nas mortes por homicídio (UNESCO, 2017).

Quanto a população negra no DF, segundo o IBGE (2010) citado em estudo da CODEPLAN (2013a), 28% da população é composta por jovens entre 15 e 29 anos. Dentro dessa população, 59,1% são negros (maior do que no Brasil, em que os negros representam 56,1%). Dentro da população total do DF, 3,6% residem em aglomerados subnormais, sendo que 70,4% deles são negros. Sobre a fecundidade das jovens, em 2011, 66,8% eram de garotas negras. Já entre as jovens de 15 e 19 anos, 70% eram negras. (DATASUS, 2011, apud, CODEPLAN, 2013a). No campo do trabalho e da renda, do total de mulheres empregadas sem carteira assinada, 62,4% são negras. O analfabetismo é maior na população jovem negra e apenas 7,8% dos negros têm nível superior completo (em comparação a 18,8% dos não negros). A população negra de 15 a 29 anos tem rendimento nominal mensal menor que o da população não negra nessa mesma faixa etária. Em relação aos óbitos por causas externas, em 2011, dentro dos óbitos de jovens por acidentes de transporte, 76,4% das vítimas eram do sexo masculino, dos quais 84,5% eram negros. Dos óbitos motivados por agressão contra jovens, 92,5% atingiram homens, dos quais 88,1% eram negros. (DATASUS, 2011, apud, CODEPLAN, 2013a).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo ecológico. Foram calculados e analisados os indicadores populacionais das populações negra e não-negra das principais fontes de dados do Distrito Federal, a saber: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com descrição da situação de saúde no Distrito Federal a partir dos indicadores descritos a seguir.

#### **3.2. Indicadores:**

##### **3.2.1. Indicadores de saúde:**

Os critérios utilizados para a escolha dos indicadores basearam-se principalmente na qualidade dos dados (completitude e consistência) para cálculo do indicador, importância epidemiológica e disponibilidade de dados com cobertura e validade adequadas.

Essa metodologia utilizada foi adaptada da utilizada por Duarte et. al. (2002) em seu estudo exploratório a respeito da epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil.

Os indicadores selecionados são:

- Indicadores relacionados ao nascimento: tipo de parto e idade materna;
- Indicadores relacionados à ocorrência de doenças e agravos importantes na etnia negra destacados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2017): Sífilis em gestantes e HIV/aids.
- Indicadores relacionados à mortalidade: coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade materna, coeficiente de mortalidade em menores de 5 anos de idade, coeficiente de mortalidade por causas externas, coeficiente de mortalidade por neoplasias e por doenças cardiovasculares.

Todos esses indicadores foram categorizados, respeitando a disponibilidade e a confiabilidade dos dados, de acordo raça/cor, idade e sexo.

### **3.2.2. Indicadores Socioeconômicos e Demográficos**

Na seleção dos indicadores de nível socioeconômico (NSE) e demográficos, foram considerados: disponibilidade, validade e consistência na literatura científica. Neste estudo, foram utilizados os seguintes indicadores de NSE e demográficos: taxa de pobreza, taxa de analfabetismo, grau de escolaridade, taxa de crescimento da população e grau de urbanização e saneamento segundo raça/cor foram usadas como marcadoras de NSE.

As fontes dos dados foram escolhidas de acordo com a disponibilidade, confiabilidade e qualidade dos dados. No geral, pretende-se encontrar os dados nos

sistemas de informação em saúde e no IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e na Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN).

### **3.2.3. População estudada:**

**Universo da amostra:** Dados relacionados a população do Distrito Federal, gerados entre 2008 e 2018.

**Critérios de inclusão:** Ter como subcategoria o quesito raça/cor.

Estas variáveis estão disponíveis em diferentes bancos de dados do SUS: Mortalidade – SIM, Nascidos Vivos – SINASC, Agravos de Notificação – SINAN, Informações Hospitalares – SIH, Informações Assistenciais – SIA, SISPRENATAL, SIGA-SAÚDE. Os levantamentos usados para calcular as bases populacionais do estudo foram o Censo de 2010 e no período intercensitário, a PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e a PNAD contínua. Por outro lado, outros sistemas vigentes ainda não contemplam o quesito cor, caso do SIAB, por exemplo (SES-SP, 2011). Ademais, essa característica é presente nos dados do IBGE.

O quesito raça/cor é preenchido, no IBGE, a partir da autodeclaração e mediante a aplicação de um questionário específico elaborado pelo órgão (IBGE, 2012). Com relação aos sistemas de informação em saúde, no Distrito Federal, apenas após o DECRETO N°3924, de 03 de maio de 2018 é que o preenchimento do quesito passou a ser obrigatório, seguindo os mesmos critérios do IBGE. Apesar disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, desde 2007, já tem como orientação a implementação do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde (Brasil, 2007).

É importante ressaltar que durante o estudo, quando for citada a cor negra, referir-se-á às cores pretas e pardas agrupadas.

**Critérios de exclusão:** dados incompletos e indisponíveis.

### **3.3. Doença de Chagas, Hepatites**

No período analisado, apenas 1 caso de Doença de Chagas aguda foi notificado no DF, sendo esse diagnosticado em 2017. Quanto às hepatites virais, o SINAN não

discrimina as notificações por raça/cor em seus dados públicos disponíveis. Portanto a análise dessas doenças não foi contemplada no presente estudo.

### 3.4. Demais dados não incluídos no estudo

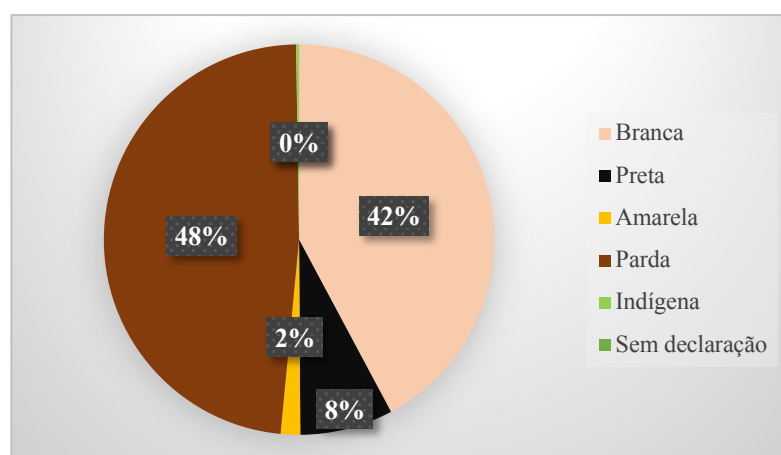
Os indicadores: razão do número de médicos por habitantes; razão do número de leitos hospitalares por habitantes; cobertura da vacina tríplice bacteriana (DTP) e cobertura da terapia renal substitutiva (TRS) foram excluídos do estudo pois não tinham disponibilidade no período analisado ou não tinham dados discriminados por raça/cor.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

### 4.1. A área de abrangência do estudo:

O Distrito Federal possui uma área de 5.760,783 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 444,66 hab/km<sup>2</sup>, localizada na região central do Brasil. A população estimada do DF em 2018 foi de 2.974.703 (IBGE, 2020c). Pelo censo de 2010, entretanto, observa-se um total de 2.570.160 (IBGE, 2020a).

**Figura 1** - Proporção da População do Distrito Federal Segundo Raça/Cor no Censo de 2010

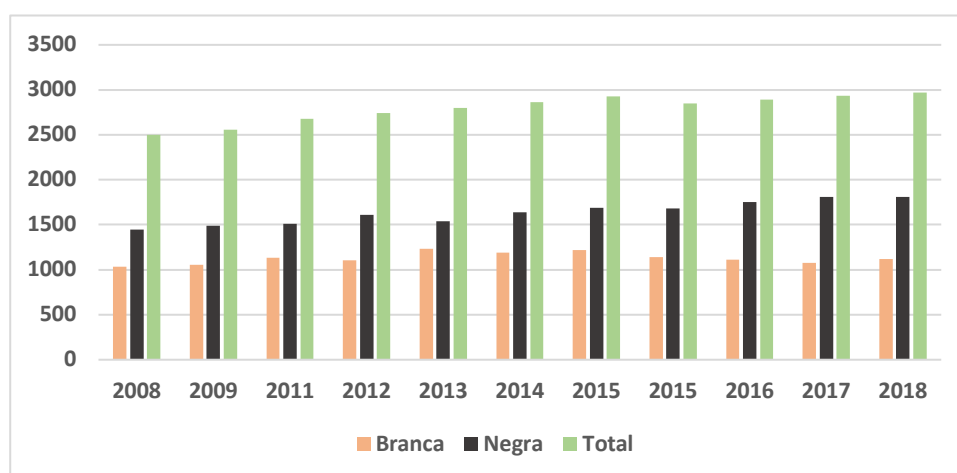


Fonte: IBGE, 2020a

Em relação à raça/cor, segundo o censo de 2010, no DF, a maior parte dos habitantes (56%) se autodeclararam negras, sendo (48%) pardas e (8%) pretas. Apenas (42%) se autodeclararam brancas, como mostra a figura 1 (IBGE, 2020a).

Em comparação com o Brasil, segundo o censo de 2010, a proporção de negros no DF é maior (57% no DF contra 51% no Brasil). Já a população de brancos é menor (42% no DF contra 48% no Brasil).

**Figura 2** – População, segundo raça/cor branca e negra no Distrito Federal por ano de 2008 a 2018 no período intercensitário (em milhares)



Fonte: IBGE, 2020b; IBGE, 2020c.

Observa-se, como demonstrado na figura 2, considerando o período intercensitário, segundo a PNAD e a PNAD contínua, o crescimento populacional do DF na ordem de 18% entre 2008 e 2018. A proporção de negros em relação à população total no período cresceu três pontos percentuais, de 58% em 2008 para 61% em 2018. A proporção de brancos diminuiu de 41% em 2008 para 36% em 2018.

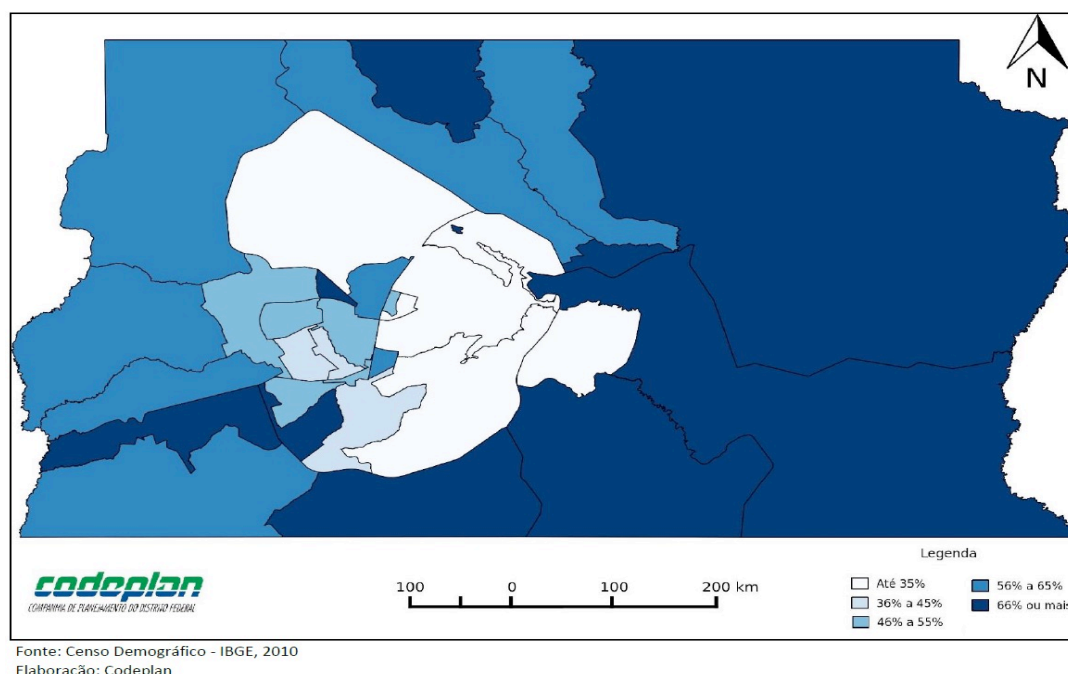
Quando consideramos outras fontes de dados é possível encontrar proporções populacionais distintas. Segundo a Pesquisa Digital por Amostra de Domicílio (PDAD), por exemplo, em 2018, a população do DF foi de 2.881.854 pessoas, sendo 52,2% feminino, com idade média de 33 anos. Em relação à raça/cor, tem-se 57,6% de negros (47,5% pardos e 10,1% pretos), 40,9% de brancos (CODEPLAN, 2018). Apesar de diferentes, as proporções nos diferentes estudos concordam no fato da população negra ser maior do que a população branca no DF.

#### 4.1.1. As Regiões Administrativas segundo renda e Raça/Cor

O estudo PDAD também contemplou a análise demográfica segundo Regiões Administrativas (RA). O estudo classifica as regiões administrativas segundo renda média mensal em 2018. As RA's são divididas em 4 grupos regionais: grupo 1 - alta renda (R\$ 15.622); grupo 2 - renda média-alta (R\$ 7.266); grupo 3 - renda média-baixa (R\$ 3.101); grupo 4, baixa renda (R\$ 2.472). O grupo 1 compões as RA's Plano Piloto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Park Way e Sudoeste/Octogonal. E o grupo 4, Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, SCIA–Estrutural e Varjão.

Em relação à raça/cor, observam-se diferenças na composição demográfica das RA's. As RA's mais ricas são compostas por população de maioria branca, já as mais pobres, de maioria negra. No grupo regional 1 (as RA's mais ricas), observam-se que 65% são brancos, e 33% são negros (28,5% pardos e 4,5 pretos). Já no grupo 4 (das RA's mais pobres), 69,6 % são negros (56% parda e 13,6% pretos), e 28,5% brancos (CODEPLAN, 2018). As figuras 3 e 4 mostram a proporção de negros segundo região administrativa no Distrito Federal.

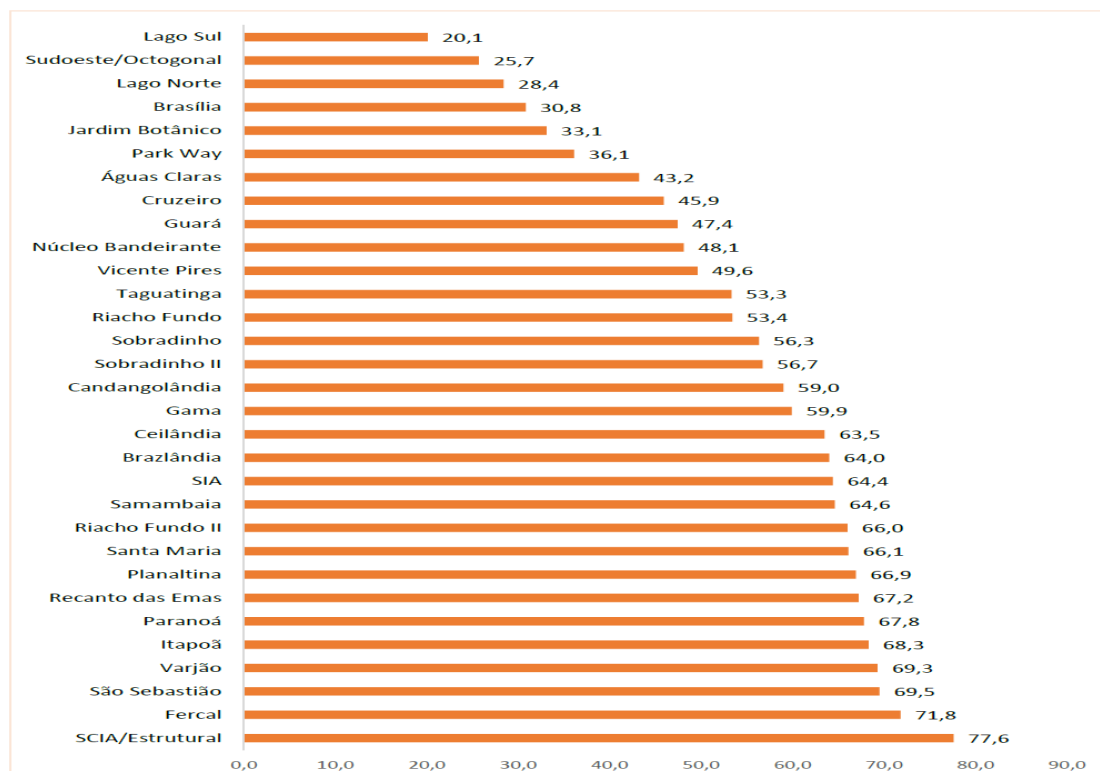
**Figura 3-** Representação Geográfica das Regiões Administrativas Segundo Percentual de Pessoas Negras - Distrito Federal, 2010



Fonte: CODEPLAN, 2018



**Figura 4- Proporção de Negros Segundo Região Administrativa - Distrito Federal, 2010**



Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2010  
Elaboração: Codeplan

Fonte: CODEPLAN, 2018

#### 4.1.2. População rural e urbana

No DF, segundo censo de 2010 (IBGE), 2.460.840 de pessoas (97%) encontravam-se em situação urbana e 82.200 (3%) em situação rural. Entre os brancos, observa-se 1.055.177 (97%) pessoas em situação urbana e 29.241 (3%). Entre os negros, 1.381.161 (96%) encontram-se em situação urbana, e 56.793 (4%) em situação rural, demonstrando não haver diferença significativa entre brancos e negros (IBGE, 2020a).

#### 4.1.3. Saneamento básico

Com relação ao saneamento, Brasília – DF apresenta bons indicadores na universalização do Saneamento Básico, sendo ranqueado entre as principais capitais com melhor empenho na universalização do saneamento (ABES, 2018). Entretanto, quando o recorte leva em consideração as regiões administrativas e a raça/cor, essa dinâmica revela iniquidades.

Segundo PDAD em 2018, quanto ao abastecimento de água, 98,6% dos domicílios tinham acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB), 1,4% tinham poço/cisterna, 1,6% tinham poço artesiano, 0,2% utilizavam carro pipa, 30% declararam fazer captação de água da chuva e 1% utilizavam gambiarra até 2018. Quanto ao esgoto, verificou-se 92,8% dos domicílios com ligação à rede geral da CAESB.

É importante ressaltar que essa distribuição não é homogênea, variando a depender da RA. Nas RA's de menor renda (grupo 4) e com maior percentual da população negra, como explanado acima, observa-se menor percentual de cobertura da rede de abastecimento da CAESB (97,1%) em relação às regiões de mais alta renda e com menor percentual de negros (grupo 1) com 98,2% de cobertura.

No grupo 4, 90,3% dos domicílios têm acesso ao esgoto pela rede geral da CAESB, 8,6% utilizam fossa séptica, 4,3% utilizam fossa rudimentar (buraco ou fossa negra), e 0,7% declararam esgoto a céu aberto. Já no grupo 1, 93,9% dos domicílios têm acesso ao esgoto pela rede geral da CAESB, 9,7% utilizam fossa séptica, 1,1% utilizam fossa rudimentar (buraco ou fossa negra), e nenhum domicílio declarou esgoto a céu aberto. (ABES, 2018)

As Nações Unidas definiram na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável o Objetivo 6 que visa assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos. O alcance deste objetivo passa por alcançar o acesso universal à água potável e ao saneamento de forma geral e também à melhoria da qualidade da água (UN, 2020).

#### **4.2. Educação**

Segundo os dados analisados, tendo como referência o censo de 2010, no DF o número de alfabetizados era de 1.879.698 (46,7 % homens e 53,2% mulheres). A taxa de analfabetismo (TA) global é de 3,6. Essa taxa se refere ao percentual de pessoas de 15 anos ou mais de idade que sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem, na população total da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Considerando-se raça e cor, observa-se uma

taxa de analfabetismo de 4,5 em negros e 2,3 em brancos. Ao estratificar negros em pardos e pretos, observa-se uma TA de 4,3 em pardos e 5,7 em pretos.

**Tabela 1** - Taxa de analfabetismo por Cor/Raça e Faixa etária no Distrito Federal, segundo censo de 2010

<b>Cor/Raça</b>	<b>15 a 24 anos</b>	<b>25 a 39 anos</b>	<b>40 a 59 anos</b>	<b>60 a 69 anos</b>	<b>70 a 79 anos</b>	<b>80 anos e mais</b>	<b>Total</b>
<b>Branca</b>	0,5	1,1	2,5	6,5	9,7	16,3	2,3
<b>Preta</b>	0,5	2,7	8,7	18	30	37,8	5,7
<b>Parda</b>	0,8	2,4	5,9	13,7	23,5	35,5	4,3
<b>Total</b>	0,7	1,9	4,6	10,3	16,5	24,1	3,6

Em relação à faixa etária, segundo raça/cor, é possível identificar uma maior taxa de analfabetismo quanto maior a faixa etária em tanto na população global, quanto nas diferentes raças. No entanto, observa-se uma maior taxa de analfabetismo na raça/cor preta a partir dos maiores de 40 anos, seguida da população parda, quando comparadas entre a população branca e a população geral. Em relação ao sexo, observa-se que a taxa de analfabetismo na população total não varia entre mulheres e homens (3,6).

Em relação à escolaridade da população de 15 anos ou mais, observa-se que, dos 1.949.591 pesquisados pelo censo de 2010, 70% possuía 2º ciclo fundamental completo ou mais, cerca de 10% com 1º ciclo fundamental completo ou 2º ciclo incompleto, 12% Sem instrução ou 1º ciclo fundamental incompleto e 7% com escolaridade não determinada.

Segundo raça/cor, nos brancos, observou-se cerca de 78% com 2º ciclo fundamental completo ou mais e 9% sem instrução ou 1º ciclo fundamental incompleto. Já nos negros, observa-se um perfil diferente, com maior proporção de pessoas com escolaridade menor: cerca de 65% com 2º ciclo fundamental completo ou mais e 14% sem instrução ou 1º ciclo fundamental incompleto.

Entende-se como 1º ciclo fundamental completo, aqueles alunos os quais completaram até a 4ª série do ensino fundamental. Já aqueles com 2º ciclo fundamental completo, refere-se aos alunos os quais completaram até a 8ª série do ensino fundamental (Brasil, 2006).

Os dados consideram o censo de 2010 como referência pois não há um novo censo mais atualizado para aferição da escolaridade da população estudada. Segundo os dados analisados, é possível observar uma taxa de analfabetismo cerca duas vezes maior em negros do que em brancos. Nos pretos, essa taxa chega a quase 2,5 vezes a encontrada em brancos. Visto que a educação é um direito de todos, conforme mostra o artigo 205 da Constituição Federal (Brasil, 1988), e que são evidentes as diferenças determinadas pela cor na educação brasileira, é imprescindível que tais desigualdades sejam corrigidas.

#### **4.3. Natalidade**

No DF, durante o período analisado, foram registrados 486.794 nascimentos. A faixa de idade materna mais frequente foi entre 25 e 29 anos (25%). Ademais cerca de 96% das mães estão concentradas na faixa de idade entre 15 e 39 anos. Nas adolescentes, entre 15 e 19 anos, ocorreram 12,3% dos nascimentos. Nas crianças entre 10 e 15 anos, ocorreram 0,4%. O tipo de parto mais frequente foi o cesariano (53,7%). Cerca de 45% das mães eram solteiras, 37% casadas e 13% em união consensual. A taxa de natalidade (TN) média na população geral foi de 16,05 nascimentos por cada mil habitantes no período analisado.

Quando a análise discrimina raça/cor, observam-se 52,7% dos nascimentos de mães negras (2% pretas e 45% pardas) e 24% de mães brancas. No entanto, nota-se um alto percentual de registros com raça/cor da mãe ignorada (22%). Quanto a idade materna, nas brancas, há maior proporção de mulheres com 30 a 39 anos (49%) em relação as negras (31%). No entanto, entre as mulheres negras, a proporção de mães adolescentes (15 a 19 anos) é cerca de 14,6%, 2,4 vezes maior que nas mulheres brancas (6%). Esse dado sugere um menor planejamento familiar e maior vulnerabilidade nas adolescentes negras. A TN média em negros foi de 14,6 enquanto nos brancos foi apenas 9,5 nascidos vivos por 1.000 habitantes. A maior TN média foi entre pardos (16,19) e a

menor em pretos (5,23). Entretanto, nos pretos, se considerado ano a ano, a TN aumentou cerca de 117%, enquanto em todas as etnias estudadas ocorreu decréscimo da natalidade.

Quanto ao tipo de parto, observa-se maior proporção de partos cesarianos em mulheres brancas (73%). Nas mulheres negras, no entanto, há maior proporção do parto normal (53%). Nas mulheres pardas a proporção de partos normais é de 54%. Nas pretas, no entanto há distribuição igual entre partos vaginais e cesarianos.

O parto cesariano surge, no imaginário social, como uma falsa solução, naturalizando-se como a via mais segura de nascer, enquanto, muitas vezes, seu risco é ignorado e desconhecido (Rocha, 2020). Em um estudo sobre a preferência do parto cesariano no setor público e privado, observou-se que a preferência inicial por parto cesáreo é maior no setor privado. Nesse mesmo estudo, a parcela da população cujo pagamento é privado é formada por mulheres, em sua maioria brancas, com maior escolaridade e melhor nível socioeconômico. (Domingues, et al. 2014) Nesse sentido, imagina-se que esses mesmos fatores influenciam no perfil acima apresentado, com mulheres brancas (as quais tem melhor escolaridade e nível socioeconômico) se apresentarem com maiores proporções de parto cesáreo do que as mulheres negras.

Em relação ao estado civil das mães, registrou-se maior proporção de mães solteiras em negras (51%), em relação às brancas (31%). No entanto as mulheres brancas possuem maior proporção de casadas (57%) em relação às negras (29%). Entre as negras, as pardas possuem maior proporção de mães solteiras (51%) do que as pretas (48%).

Tal achado instiga a reflexão sobre a “solidão da mulher negra”. O tratamento social reservado à mulher branca ainda demonstra o privilégio da mulher branca em relação à mulher negra, atribuindo-lhe a fragilidade e a inocência. A mulher negra, entretanto, dentro do pensamento social sexista e racista, é objetificada, como algo que tudo pode tolerar, desprovida de caráter sentimental (Messias, 2019). Esse pensamento social influencia nas relações afetivas das mulheres negras. Nesse contexto, relacionar-se afetivamente com mulheres produz um significado diversos, que coloca as mulheres negras em situação de preterimento em relação à afetividade, quando comparadas às

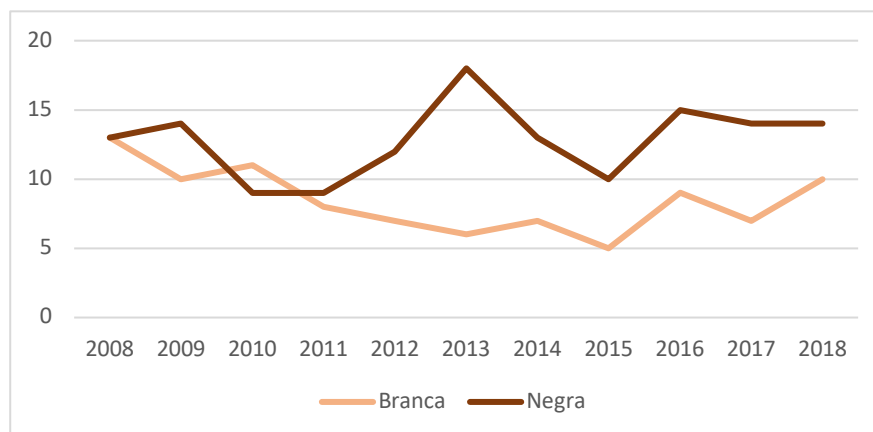
mulheres brancas (Fanon, 2008). Imagina-se, portanto, que tal dinâmica corrobore com a maior proporção mães solteiras em mulheres negras do que em mulheres brancas.

#### 4.4. Mortalidade materna

O Ministério da Saúde conceitua a morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (Brasil, 2000).

Durante o período analisado, ocorreram 237 óbitos maternos, sendo 109 (45%) entre 30 e 39 anos, 90 (40%) entre 20 e 29 anos, 29 (12%) entre 40 e 49 anos e 9 (3%) entre 15 a 19 anos. O maior número de mortes ocorreu no ano de 2008 (26 mortes). É possível observar na série histórica, quatro outros picos nas mortes maternas (24), nos anos 2009, 2013, 2016 e 2018. O número médio de mortes no período foi de 21 mortes por ano.

**Figura 5 - Óbitos Maternos por Ano e Cor/Raça Negra e Branca entre 2008 e 2018 no Distrito Federal**



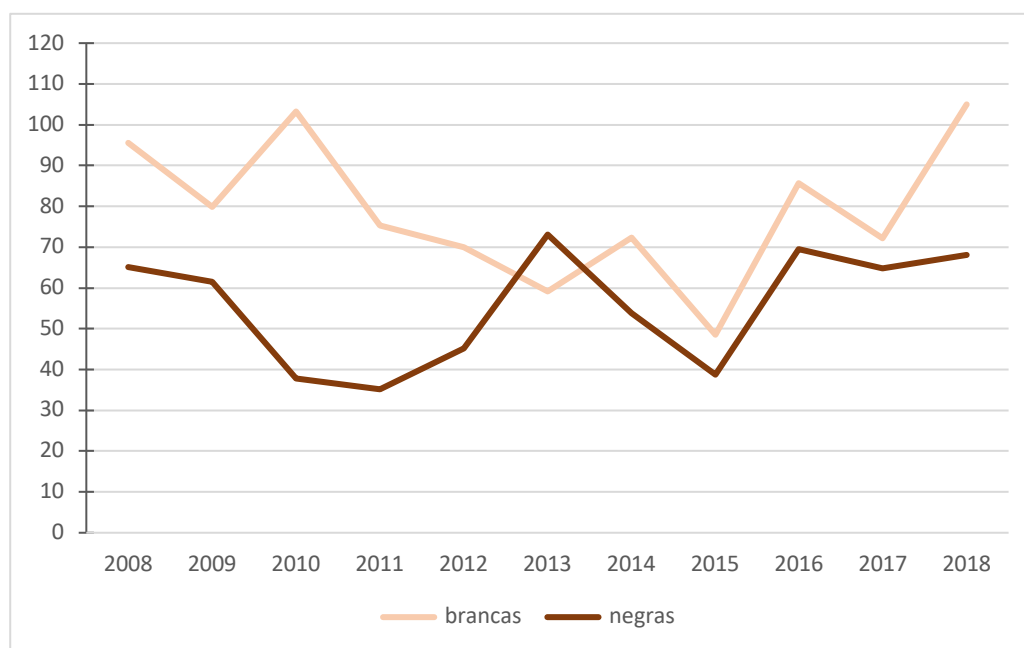
Fonte: SIM, 2020.

Quanto a raça/cor, 59,5% dos óbitos ocorreram em negras (51% em pardas e 8,5% em pretas) e 39% em brancas. Observa-se uma baixa proporção de notificações com raça/cor ignorada (1,27%). Considerando o percentual das mortes maternas segundo raça/cor por ano, observa-se maior percentual de negras em relação às brancas em

todos os anos, exceto no ano de 2010 (55% brancas e 45% negras). Em relação a faixa etária, nas negras, cerca de 39% das mortes ocorreu entre 20 e 29 anos, e cerca de 43% entre 30 e 39 anos. Já nas brancas, 34% e 49% respectivamente. É importante destacar que a proporção de mortes entre 15 a 20 anos foi maior em brancas (4,3%) do que negras (3,5%). Entre as negras, no entanto, nas mulheres pretas, a proporção de mortes nessa mesma faixa etária atinge 10%.

O coeficiente de mortalidade materna (CMM) acumulado considera número de óbitos femininos devido a causas maternas por 100 mil nascidos vivos no DF entre 2008 e 2018. A mortalidade materna global para o período analisado foi de 48,6. Na população geral, a maior taxa de mortalidade materna ocorreu nas mulheres entre 30 e 39 anos (61,5). O CMM em adolescentes de 15 a 19 anos foi de 14,9.

**Figura 6** - Coeficiente de Mortalidade Materna por Ano e Cor/Raça entre 2008 e 2018 no Distrito Federal

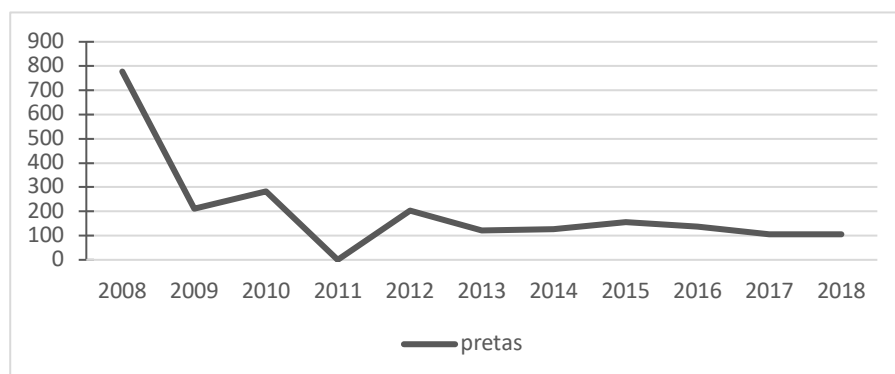


Fonte: SIM, 2020.

Comparando o CMM entre negras e brancas é possível destacar que, nas brancas, a CMM acumulada foi maior (79,3) do que nas negras (54,9). Durante a série histórica, apenas em 2013 a taxa de mortalidade materna das negras foi maior (73,1) do que nas brancas (59,1). Nas pretas, no entanto, a taxa de mortalidade materna foi muito superior às demais (exceto em 2011 em que nenhuma morte materna foi registrada com raça/cor

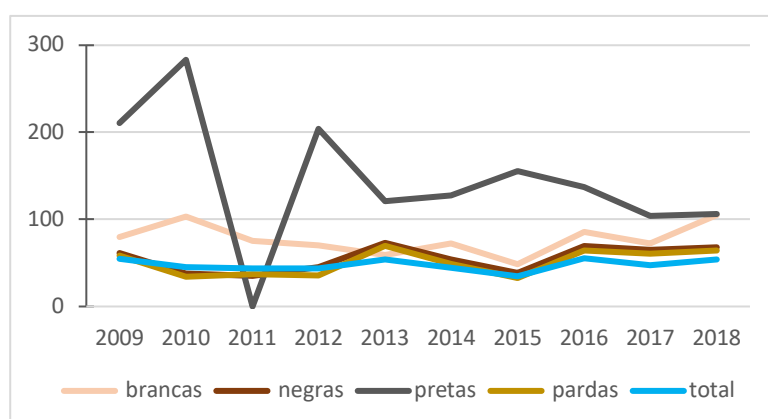
preta), sendo a taxa acumulada de 142,45 mortes por 100 mil nascidos vivos. A figura a seguir mostra a série histórica da CMM em mulheres pretas entre 2008 e 2018. (figura 7)

**Figura 7** - Coeficiente de Mortalidade Materna por Ano em Mulheres Pretas entre 2008 e 2018 no Distrito Federal



Observa-se que em 2008, a CMM em pretas foi de maior que 700 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos. No entanto, para melhor visualização dos dados na forma de gráfico, desconsiderando o ano de 2008, podemos comparar a CMM entre os diferentes grupos étnicos. (Figura 8)

**Figura 8** - Coeficiente de Mortalidade Materna por Ano, Segundo Raça/Cor entre 2008 e 2018 no Distrito Federal



Fonte: SIM, 2020

Em relação a taxa de mortalidade materna por faixa etária e cor, em todas raças/cores a maior CMM encontra-se nas mulheres entre 30 e 39 anos. Nas brancas



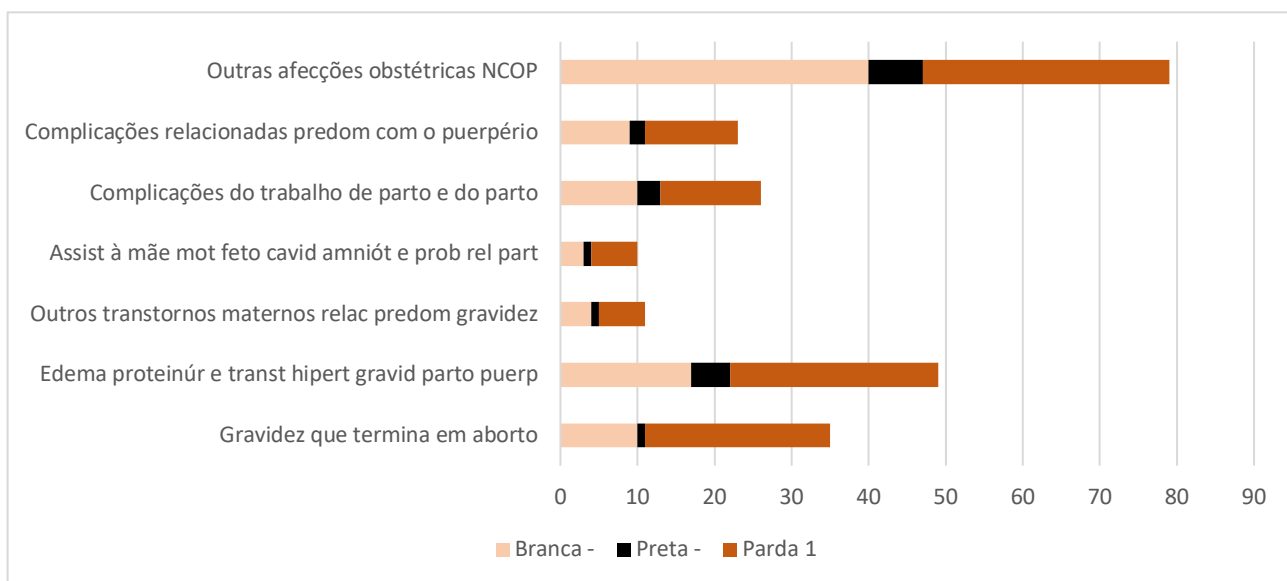
dessa faixa etária, há um CMM semelhante às negras (79,6 e 79,1 respectivamente). Nota-se, entretanto, maior CMM em pretas entre 30 e 39 anos (196,8) em relação às demais (entre 68,2 e 79,6). Nas adolescentes entre 15 e 19 anos, o maior CMM está nas pretas (142,6), seguido das brancas (79,3) e pardas (49,8).

A maior taxa de mortalidade em mulheres brancas em relação às negras, pode ter relação com a maior proporção partos cesáreos nesse grupo. Segundo Mascarello (2017), em revisão sistemática com meta-análise, foi observado que o parto cesáreo tem maior chance de evolução ao óbito do que o parto vaginal. Isso poderia influir no aumento da mortalidade de mães brancas, já que essas realizam maiores proporções de partos cesarianos.

Segundo a OMS, um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável é reduzir a mortalidade materna mundial até 2030. É considerado como meta a mortalidade materna abaixo de 70 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. (OPAS, 2018) Observa-se que na população geral essa meta vem sendo alcançada em todo o período analisado. No entanto, quando consideramos raça/cor, a CMM ultrapassa essa meta, sugerindo vulnerabilidades permeadas por esses determinantes.

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil vem ocorrendo notável redução da taxa de mortalidade materna desde os anos 90. Entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56% (Brasil, 2018). No entanto, no DF essa redução, apesar de acompanhar o cenário nacional até 2015, atingindo valor mínimo de 34,7 nesse ano, chega a valores semelhantes ao início da observação ao final do período analisado (de 58,8 em 2008 à 54,3 em 2018). Ademais, quando são observadas as CMM separadas por raça/cor, ao final do período, apesar de uma redução entre 2010 e 2015, ocorreu aumento em relação ao início do período tanto em negras, quanto em brancas. (figura 6).

**Figura 9 - Óbitos Maternos Segundo Raça/Cor e grupo do CID 10 entre 2008 e 2018**



Fonte: SIM, 2019.

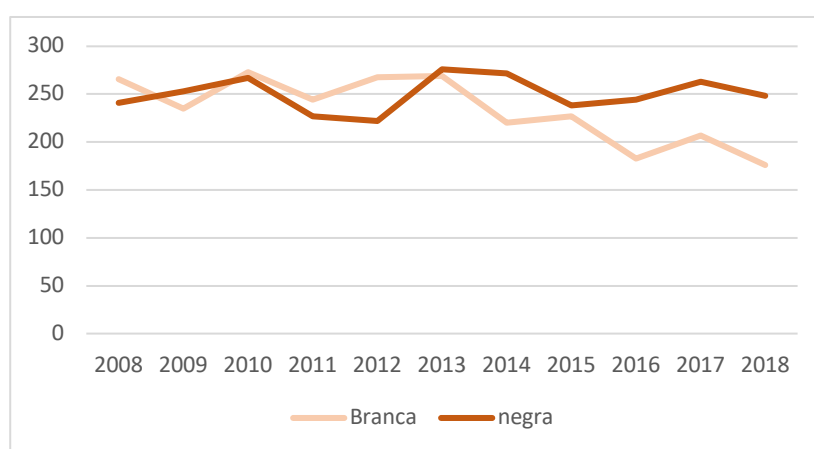
Quanto às causas de óbito materno segundo grupo de causa, observa-se que cerca de 33% das mortes ocorreram por outras afecções obstétricas não classificadas em outras partes. Esse grupo do CID 10 contém as seguintes categorias: O95 Morte obstétrica por causa não especificada; O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério (inclui sífilis, gonorreia, hepatite dentre outras); O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério (inclui anemia, transtornos mentais, doenças do aparelho circulatório, digestivo, respiratórios dentre outras). Dentro desse grupo e doenças, a maior parte (88%) enquadra-se na categoria O99. Ao estratificarmos os dados segundo raça-cor, nesse grupo do CID, a predominância da categoria O99 se mantém em todas as etnias.

O grupo “Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos da gravidez, parto ou puerpério” contribui com 20% dos óbitos durante o período. Nesse grupo, observa-se predominância do percentual de negros (65%) em relação as brancas (35%). O terceiro grupo com maior causa de morte materna trata-se de “Gravidez que termina em aborto”, Contribuindo com cerca de 15% dos óbitos. Nesse grupo, observa-se alto percentual de mulheres negras (71%).

#### 4.5. Mortalidade Infantil

Os dados de mortalidade foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e os dados de nascidos vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Define-se taxa de mortalidade a partir do número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais) (Brasil, 2000).

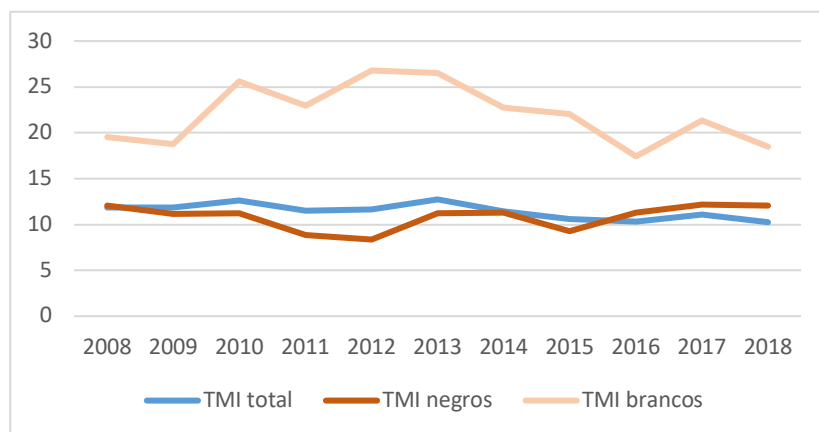
**Figura 10** – Óbitos Infantis por Ano, Segundo Raça/Cor Negra e Branca, entre 2008 e 2018 no Distrito Federal.



Fonte: SIM, 2020.

Entre 2008 e 2018, ocorreram 5.570 óbitos infantis no Distrito Federal. Foram, em média, cerca de 506 óbitos por ano no período. A taxa de mortalidade infantil média foi de 11,44 mortes por mil nascidos vivos. Os óbitos infantis diminuíram cerca de 14% entre 2008 e 2018. Considerando raça e cor, observam-se 49% das mortes em negros (48% pardos e 1% pretos) e 46% em brancos. Conforme mostrado no gráfico acima, o número de óbitos em brancos tende à queda com diminuição de 33% no período. Entretanto, em negros, observa-se relativa estabilidade no número de mortes, com um saldo de 2 pontos percentuais positivos entre o início e o final do período analisado.

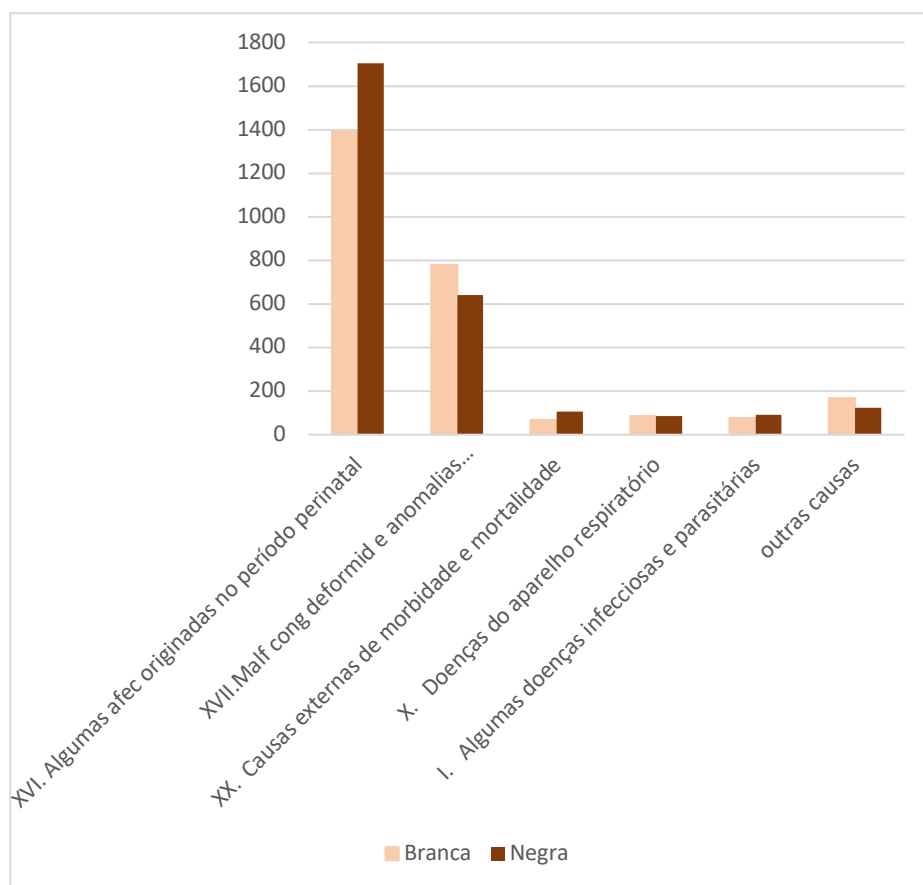
**Figura 11** – Taxa de Mortalidade Infantil Segundo Raça/Cor Branca e Negra (Pretos e Pardos), entre 2008 e 2018 no Distrito Federal.



Fonte: SIM, SINAN, 2020

A maior parte dos óbitos ocorre no período neonatal precoce (Nos negros, 58%, já nos brancos, 50%) A taxa de mortalidade infantil (TMI) é maior em brancos do que em negros. A TMI média nos brancos chega a cerca de duas vezes a TMI média em negros. (22 em brancos e 10 em negros).

**Figura 12 – Óbitos Infantis Segundo Causa (capítulo do CID 10) entre Negro e Brancos entre 2008 e 2018 no Distrito Federal.**



Fonte SIM, SINAN, 2020.

Observa-se que as afecções do período perinatal (cap. XVI do CID 10) são as maiores causas de morte tanto em negros quanto em brancos. Dentre elas, destacam-se as mortes com feto e recém-nascido afetados por fatores maternos em ambas as etnias.

Alguns fatores influenciam na mortalidade infantil, em especial a mortalidade neonatal. Em revisão sistemática o estudo de Veloso, et. al (2019) mostrou que fatores ligados à mãe (ausência de acompanhante, idade  $\geq 35$  anos, gestação múltipla, ausência ou inadequação do pré-natal, presença de intercorrências durante a gestação e parto cesariano) e ligados ao recém-nascido (sexo masculino, malformação congênita, asfixia perinatal, baixo peso ao nascer e prematuridade) são riscos à mortalidade neonatal no Brasil.

Dentre os fatores modificáveis que influem a mortalidade infantil, destaca-se o tipo de parto cesariano. No Brasil, a taxa de cesarianas é de 56%, entretanto a OMS define que taxas de cesarianas superiores à 10% não são justificáveis e não estão associadas à redução da mortalidade. (WHO, 2015)

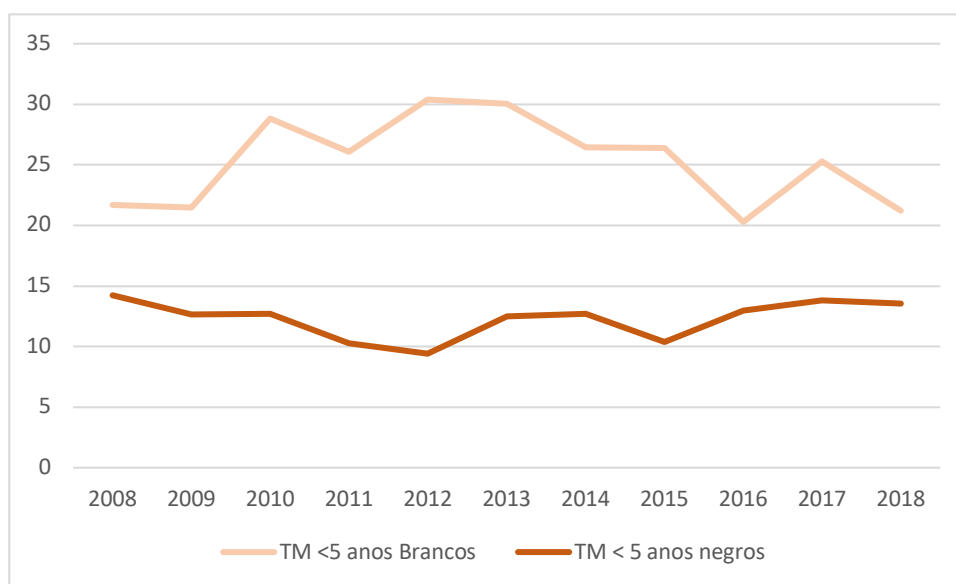
Quanto a maior taxa de mortalidade infantil em brancos a hipótese mais aceita para explicação desse fato é de que essa parcela tem maiores taxas de cesarianas quando comparada a população negra, fator que pode influir no aumento da mortalidade infantil. Entretanto, são necessários mais estudos para esclarecer a dinâmica que influencia as diferentes taxas de mortalidades mediadas pela raça/cor.

#### **4.5.1. Mortalidade em Menores de 5 anos**

Ocorreram 6.339 mortes em menores de 5 anos no período analisado, com 49% delas ocorridas em pretos ou pardos e 46% em brancos. As 4 maiores causas de morte foram respectivamente: Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e complicações do trabalho de parto e do parto; Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal; Más formações congênitas do aparelho circulatório; e Infecções do período perinatal.

Quanto à taxa de mortalidade em menores de 5 anos, observa-se uma taxa de mortalidade média estável no período analisado, com média anual de 13 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. Nos Brancos, foi observada maior taxa de mortalidade em menores de 5 anos, conforme mostra a figura a seguir. A taxa média de mortalidade nessa população foi de 25,2 óbitos por 1.000 habitantes, mais que o dobro da encontrada em negros (12,3).

**Figura 13** – Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos no Distrito Federal entre 2008 à 2018, segundo raça/cor negra e branca.



Fonte: SINASC, SIM, 2020.

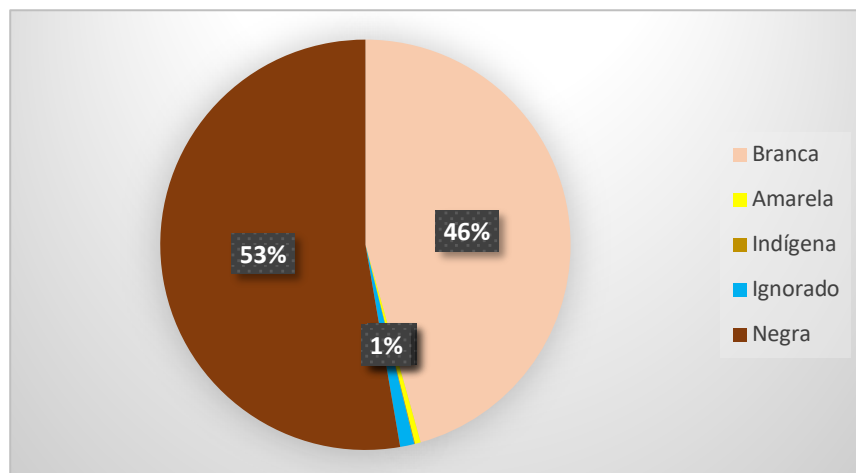
Do total de mortes nos menores de 5 anos, apenas 12% (769) óbitos ocorreram após 1 ano de idade. Nesse sentido, o perfil da mortalidade tem grande contribuição das mortes em menores de um ano (mortalidade infantil). Portanto, é possível que os mesmos fatores que influenciam no perfil da mortalidade infantil, quanto a raça/cor, também influenciem na mortalidade dos menores de 5 anos.

#### 4.6. Óbitos na População Geral

No período analisado foram registrados 126.277 óbitos, sendo 57% do sexo masculino e 43% feminino. A faixa etária com maior mortalidade proporcional foi a de maiores de 80 anos 23%, seguido por 70 a 79 anos (18%), 60 a 69 anos (16%) e

50 à 59 anos (12%). Quanto à raça/cor, tem-se 53% óbitos em negros (46% pardos e 7% pretos). Os brancos compõem 46% dos óbitos, como mostrado na figura a seguir.

**Figura 14** - Proporção de Óbitos segundo Raça/Cor, no Distrito Federal, 2008-2018



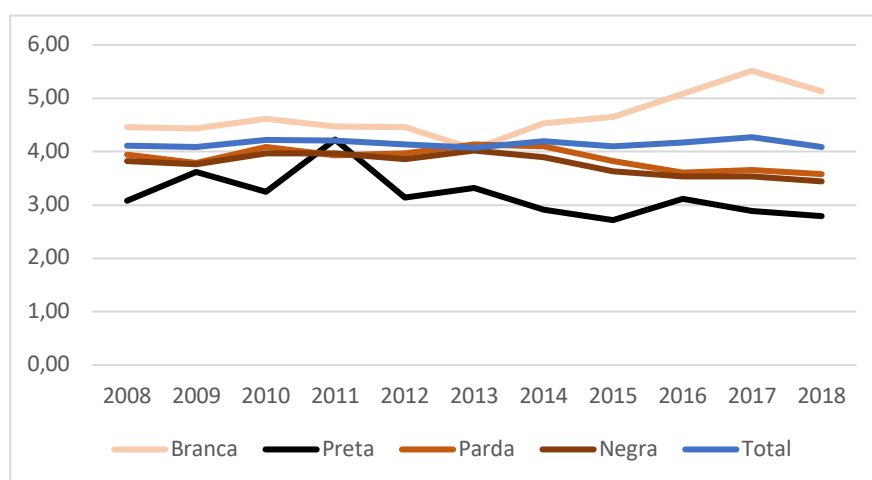
Fonte: SIM, 2019

Observa-se que a distribuição dos óbitos entre o sexo masculino e feminino varia segundo raça/cor. Nos negros, observa-se que cerca de 63% dos óbitos são do sexo masculino e 37% feminino. Já nos brancos, essa distribuição é mais homogênea, com 51% masculinos e 49% femininos. Quanto a idade observa-se que, tanto em brancos e como negros, a maior proporção de mortes é acima de 80 anos. No entanto, há uma notável diferença nessa distribuição: nos brancos, cerca de 53% das mortes são de pessoas de 70 anos ou mais. Já nos negros, 53% das mortes está distribuído entre os menores de 59 anos. Entre os mais jovens, (15 a 29 anos), nos brancos, há apenas 4% das mortes. Já nos negros, essa proporção chega à 11% das mortes. Se considerarmos todos os óbitos em homens negros (33% do total de óbitos no período), observa-se que 15% desses óbitos ocorreram entre os mais jovens (15 a 29 anos).

Observa-se, como mostrado na figura a seguir, que a mortalidade geral em brancos é maior do que os negros em toda a série histórica. Panorama diferente do encontrado quando consideramos os óbitos por causas específicas, em especial, as causas externas, como será abordado no próximo tópico.

É importante ressaltar que a população residente, bem como os óbitos em pessoas de raça/cor indígena ou amarelo, são pequenos em relação ao total, não sendo, portanto, objeto do presente estudo.

**Figura 15** - Coeficiente de Mortalidade Geral segundo ano e raça/cor no Distrito Federal, 2008 a 2018



Fonte: SINAN, 2020

#### 4.6.1. Óbitos por causas específicas

Observa-se que, no DF, entre o período analisado, as maiores causas de mortalidade são por doenças do aparelho circulatório, totalizando 33.872 óbitos (27%), seguida por neoplasias (20%), causas externas de morbidade e mortalidade (16%) e doenças do aparelho respiratório (9%). Levando-se em consideração a raça/cor, entre os negros e brancos prevalecem as doenças do aparelho circulatório (26% e 28% respectivamente), entretanto nos negros, as mortes por causas externas ocupam o segundo lugar, com 22% dos casos, seguido por neoplasias (17%) e doenças do aparelho respiratório (7%). Já nos brancos, o segundo lugar é ocupado pelas neoplasias (23%), seguido pelas doenças do aparelho respiratório (11%), com as mortes por causas externas ocupando apenas o quarto lugar, com 9% das mortes em brancos.

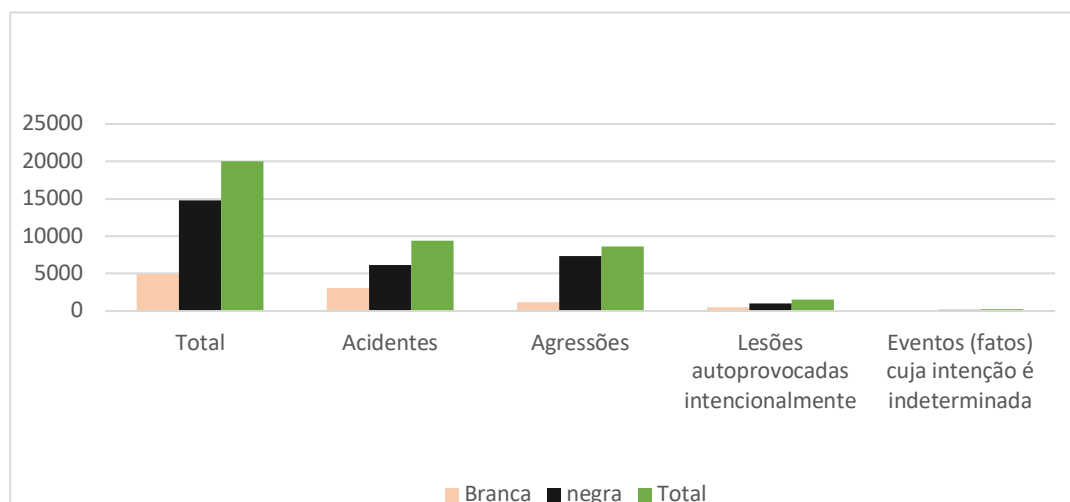
Como mostrado acima, a taxa de mortalidade nos brancos é maior do que em negros. Uma hipótese explicativa para esse fato deriva da maior contribuição de doenças associadas ao aumento da idade. A população branca, como mostrado, tem maior contribuição de suas mortes ocorridas em pessoas com 70 anos ou mais. Tal perfil



influencia na maior taxa de mortalidade. Nesse sentido, vale analisar o perfil das mortes por causas específicas, em especial as causas externas, não apenas a taxa de mortalidade global isolada para comparar as etnias branca e negra.

#### 4.6.2. Óbitos por causas externas

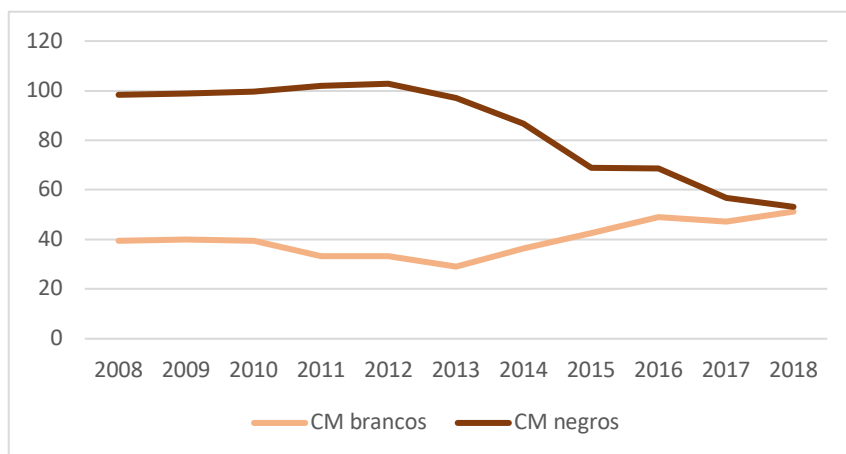
**Figura 16** - Óbitos por Causas Externas de Morbidade e Mortalidade no Distrito Federal, entre 2008 e 2018, Segundo Raça/Cor Branca e Negra.



Fonte: SINAN, 2019

Durante o período analisado, ocorreram 20.015 óbitos por causas externas (16% do total de óbitos no período), sendo a maior parte (74%) é composta por negros (70% pardos e 4% pretos). Os brancos compõem 25% desses óbitos e apenas 1% são óbitos com a categoria raça/cor ignorada.

**Figura 17** – Série Histórica do Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas em Negros e Brancos, no Distrito Federal entre 2008 a 2018.



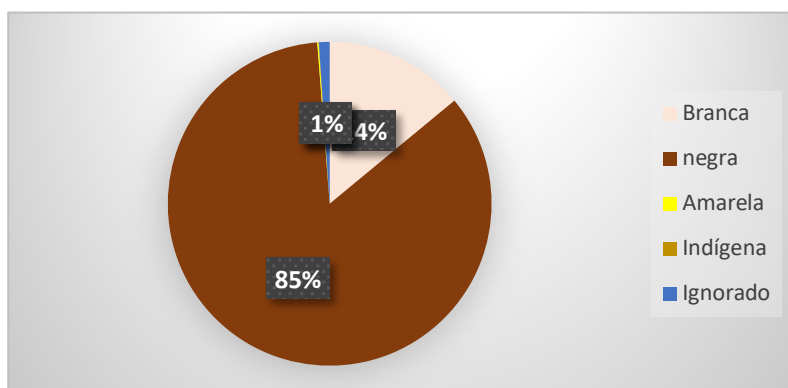
Fonte: SINAN, 2020

Observa-se uma queda no coeficiente de mortalidade (CM) por causas externas em negros durante a série histórica, bem como aumento em brancos. O CM médio no período entre os negros (84,8 óbitos por 100.000 habitantes negros) é 2 vezes superior ao de brancos (40 óbitos por 100.000 habitantes brancos).

Nos negros, a maior proporção de mortes por causas externas foi por agressões (49,5%), seguida de acidentes de transporte (41%). Já nos brancos, observam-se os acidentes (69%), seguidos por agressões (24%). Chama atenção o fato de que, na população negra, apenas as mortes por agressão e acidente concentram 91% de todas as causas externas nessa população. Nos brancos, no entanto essa proporção é de apenas 86%.

#### 4.6.2.1. Agressões

**Figura 18** - Proporção de óbitos por agressão segundo raça/cor entre 2008 e 2018.



Fonte: SINAN, 2019

Observa-se que o maior número de óbitos por causas externas no DF, durante o período analisado é decorrente de agressões, com 8.642 casos (43%), sendo 7.913 (91,5%) dos óbitos em homens. Os negros compõem maioria esmagadora da proporção dos óbitos por agressão (85%). A proporção de brancos é 14% e a com raça/cor ignorada é de 1%, conforme mostrado na figura acima. As mulheres somam 723 (8%) mortes por agressão. Em relação à faixa etária, 77% encontram-se entre 15 e 39 anos, com notável destaque daqueles entre 20 a 29 anos (36%).

Quanto à natureza dos óbitos por agressões, 6.162 (71%) ocorreram por arma de fogo. 2.198 (25%) ocorreram por objeto perfurante, contundente ou por uso de força física. Nos negros, ocorreram 5.284 mortes por arma de fogo, contribuindo com 85% do total de mortes por essa modalidade. Ademais, nos negros, 1.867 mortes ocorreram por objetos perfurante, contundente ou por uso de força física, contribuindo com 85% do total de mortes por essa modalidade de causa.

Nas mulheres, a maior proporção dos óbitos por agressão engloba mortes por arma de fogo (52%), seguida de objeto perfurante, contundente ou por uso de força física (35,5%) e estrangulamento/sufocamento (5%). Quanto a raça e cor, 79% dos óbitos por agressão ocorreram em mulheres negras e 19% em mulheres brancas.

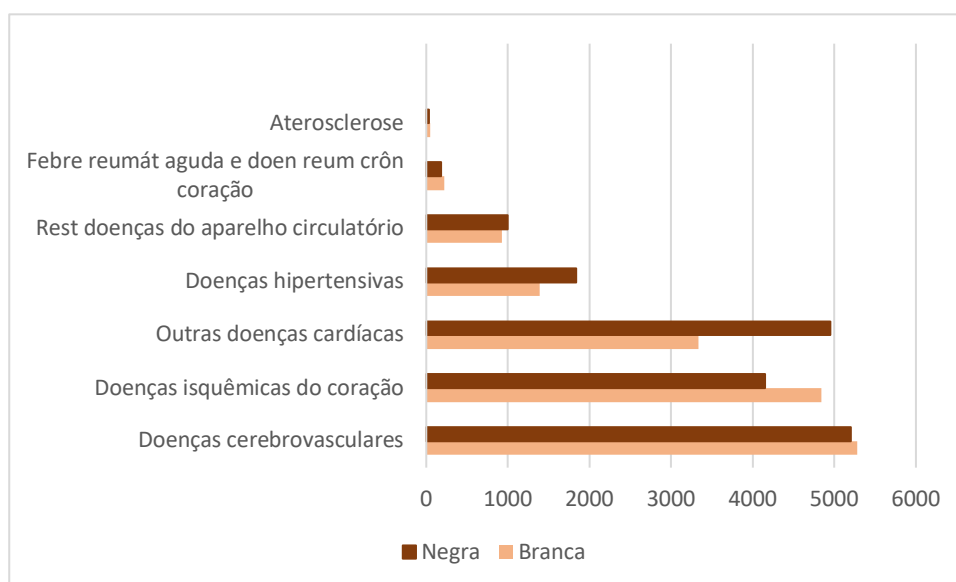
As mortes por causas externas, em especial as mortes por causas violentas, imprimem importantes custos sociais. Diante de um contexto de violência, além da sociedade pagar mais caro por seus produtos, a mesma ainda precisa dispor recursos para segurança privada, pública e prisional, para o sistema público de saúde e assistência social, e para atender as vítimas de violência. Contudo, o maior custo da violência diz respeito às perdas prematuras de vida, devido ao homicídio. (Cerqueira et. al., 2019)

Diante dos dados é possível observar que o perfil da mortalidade entre negros e brancos é diferenciado, em especial quando o estudo aborda as mortes por causas externas. Nos negros há alta contribuição das causas externas no número de mortes, com alta proporção de óbitos por agressão. O perfil das mortes por agressão também é particular nos negros, com alta contribuição dos óbitos por arma de fogo, por objetos perfurantes ou por uso de força física. Tais achados corroboram com o panorama nacional, no qual é preocupante a violência letal contra públicos específicos, incluindo jovens negros. (Cerqueira et. al., 2019)

#### 4.6.3. Óbitos por doenças do aparelho circulatório.

Durante o período analisado, ocorreram 33.872 óbitos por doenças do aparelho circulatório, sendo 51% de negro (44% pardos e 7% pretos) e 47% brancos. Quanto ao sexo, observa-se que 53% eram homens e 47% mulheres. Conforme o gráfico a seguir, é possível observar que as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração são as maiores causas de morte. Nessas duas causas, observa-se um número absoluto maior de óbitos em brancos em relação aos negros.

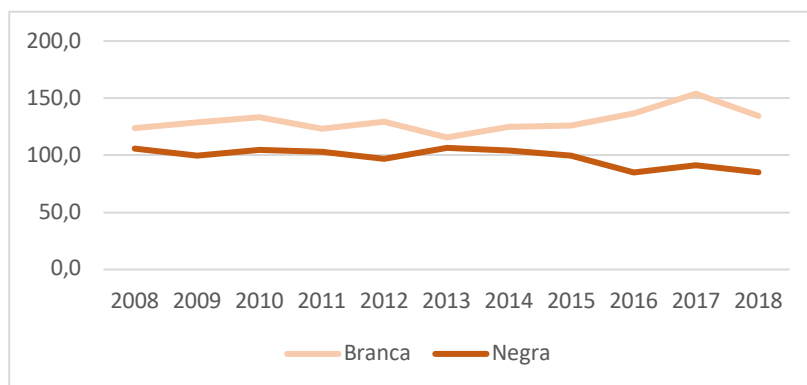
**Figura 19** – Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório segundo Causa entre Negros e Brancos, de 2008 a 2018, no Distrito Federal.



Fonte: SIM, 2020.

A taxa de mortalidade média por doenças do aparelho circulatório no período, para a população geral, foi de 111,4 mortes por 100.000 habitantes. Nos brancos essa taxa foi superior à dos negros (130 nos brancos e 98 nos negros). A seguir, o gráfico mostra a evolução da taxa de mortalidade por ano por doenças do aparelho circulatório. É possível observar uma tendência à queda na TM por essa causa em negros, no entanto tendência ao aumento em brancos, chegando à TM de 153 óbitos por 100.000 habitantes em 2017.

**Figura 20** – Evolução da Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, segundo raça/cor Negra e Branca entre 2008 e 2018 no Distrito Federal.



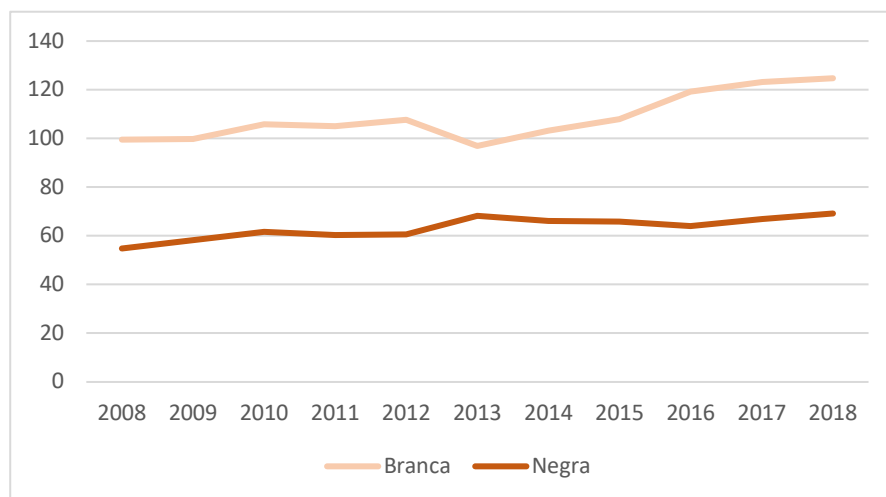
Fonte: SIM 2020, PNAD, PNAD contínuo e IBGE, 2010.

Em relação a idade do óbito, observa-se que as mortes são mais precoces nos negros para essa categoria. Nos negros, 26% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório ocorreram entre 40 e 59 anos. Nessa mesma faixa etária, os brancos contam apenas com 14% dos óbitos. Os óbitos antes dos 40 anos concentram 6% do total em negros. Já nos brancos, apenas 3%. Portanto, é possível perceber que apesar da maior taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório ocorrer em brancos, há diferenças quanto ao perfil etário entre as etnias branca e negra.

#### 4.6.4. Óbitos por neoplasias

No período analisado foram notificados 25.016 óbitos por neoplasias. Dessas, a maior parte (53,5%) ocorreram em brancos e 45% em negros. Quanto ao sexo, as proporções entre homens e mulheres são aproximadamente iguais. 82% dos óbitos se concentram naqueles com 50 anos ou mais de idade. A taxa de mortalidade (TM) média na população geral foi de 80 óbitos por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade média em brancos foi superior (108) em comparação aos negros (63).

**Figura 21** - Taxa de Mortalidade por Neoplasias Segundo Raça/Cor Negra e Branca entre 2008 e 2018, Distrito Federal.

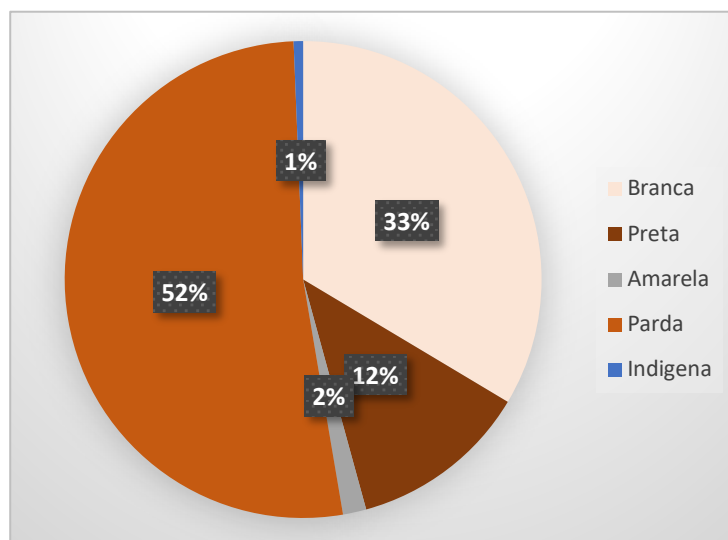


Fonte: SIM, IBGE 2010, PNAD e PNAD contínuo

#### 4.7. Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências - Distrito Federal

Os dados a seguir contemplam os anos de 2009 a 2017, pois até o momento da análise, os dados disponíveis no SINAN-NET contemplavam apenas esse período. Considerando tal limitação, foram notificados, no total, 16.212 casos de violência doméstica, sexual e outras violências no Distrito Federal entre 2009 e 2017, sendo 11.845 (73%) ocorridos em mulheres e 4.362 (26,9%) em homens. A superioridade da proporção de casos desse tipo de violência em mulheres se mantém tanto entre negros, quanto em brancos, bem como nos casos com raça/cor ignorada. Ademais, a faixa etária com maior número de casos notificados foi a de 10 a 14 anos, compondo 17% dos casos, seguido de 20 a 29 anos (16%). Entre os casos notificados como negros, a faixa etária com maior proporção de casos é da de 10 a 14 anos (21% dos casos) seguida pela faixa de 15 a 19 anos (15%), assim como entre os brancos, 10 a 14 anos (17%) seguida de 15 a 19 anos (15%).

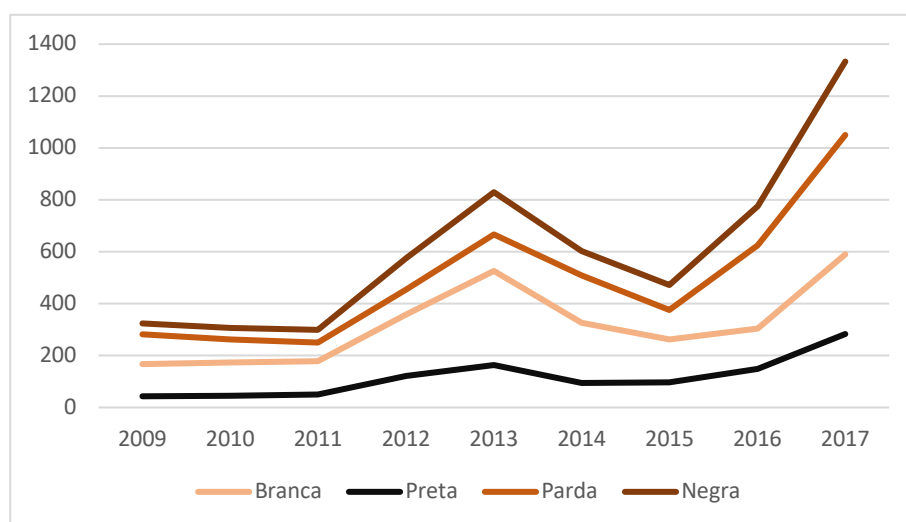
**Figura 22** - Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências - Proporção de Notificações, Segundo Raça/Cor, entre 2009 à 2017, Distrito Federal.



Fonte: SINAN: 2019.

Foi possível observar que uma grande parcela dos casos notificados teve categoria raça/cor ignorada (47%), dificultando a análise estatística mais apuradas dos dados. No entanto, dos casos nos quais houve especificação da raça/cor, tem-se superioridade na proporção de negros (pretos e pardos) em relação aos brancos, 64% contra 33%, respectivamente, conforme mostrado na figura acima.

**Figura 23-** Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências - Frequência por Ano da Notificação, Segundo Raça/Cor, entre 2009 a 2017, Distrito Federal.



Fonte: SINAN, 2019

Conforme mostrado no gráfico acima, ocorreu um crescimento no número de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências em todas as raça/cor

consideradas. O aumento no número de notificações pode ser justificado pela obrigatoriedade da notificação compulsória das violências autoprovocadas e interpessoais a partir de 2011, percebendo-se um aumento no número das notificações após esse ano (Brasil, 2019).

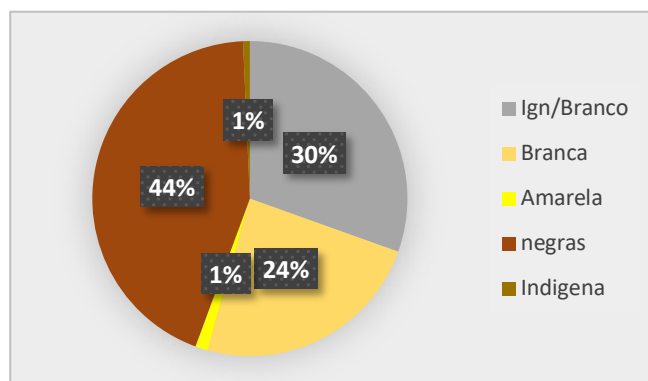
Comparando-se com o panorama brasileiro, o DF tem uma qualidade do preenchimento da categoria raça/cor muito inferior. No DF, 47% tem categoria “ignorada/em branco”. Já no Brasil, apenas 16%, com o mesmo período de referência. Ademais, nos dados de todo o Brasil encontra-se 43% dos casos notificados em negros e 40% em brancos entre 2009 e 2017, observando uma aproximação da proporção entre os dois grupos.

#### **4.7.1. Tipo de violência – Estupro**

Com relação ao tipo de violência, ocorreram 4.370 casos de estupro (26,6,8% do total de casos de violência doméstica, sexual ou de outras violências), no DF entre 2009 e 2017. Os estupros ocorreram de forma crescente na série histórica, indo de 158 casos em 2009 a 986 em 2017 (crescimento de 512%). Levando em consideração a raça/cor, observa-se predominância da proporção de casos notificados entre negros. Desses casos, 3866 (88,4%) ocorreu contra mulheres, com predominância daquelas entre 10 a 14 anos. Acredita-se que o baixo número de casos no início da série histórica advenha da subnotificação dos estupros no Brasil. Estima-se que apenas 35% das vítimas de estupro comunicam os casos às autoridades (Lima, R.S. et al., 2016). Entretanto, o aumento nas notificações durante o período pode ter se dado pelo aumento real do número de casos, por maior conscientização das vítimas e/ou profissionais de saúde que fazem o acolhimento ou ainda por melhor estruturação e quantidade de unidades notificantes (Gaspar, R.S et al., 2018).

**Figura 24 - Proporção de Casos de Estupro em Mulheres Segundo Raça/Cor entre 2009 e 2017, Distrito Federal**



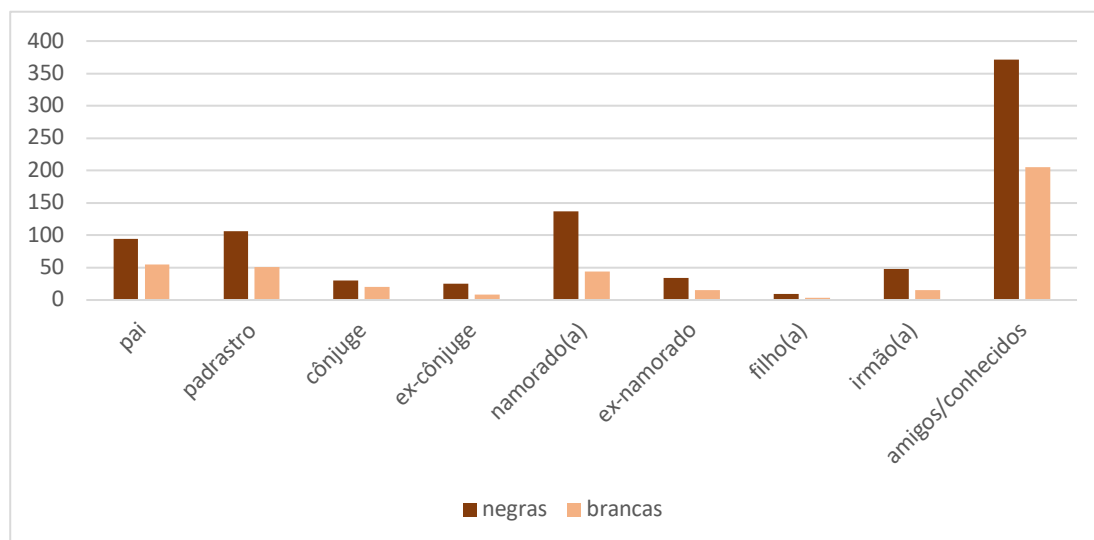


Fonte: SINAN, 2019

Há importante contribuição de casos notificados com raça/cor ignorada, conforme mostrado na figura acima, inviabilizando análises mais apuradas. Em comparação aos casos notificados em todo o Brasil no mesmo período, tem-se uma maior proporção de casos em negras, 52,73% em relação às brancas 35,47%. Observa-se, para o universo brasileiro, uma melhor qualidade do preenchimento do quesito raça/cor com apenas 10,07 % com a categoria “ignorado/em branco”, bem menor do que os 30% mostrados no DF.

Quanto ao local do estupro, entre as mulheres, o fato ocorreu predominantemente na residência (51%), seguido da via pública (19%). Em relação a etnia, 1.689 (44%) casos ocorreram em negras e 923 (24%) casos em brancas. Observando-se o local do ocorrido nas diferentes etnias, a proporção dos casos notificados na residência é maior na etnia negra (53%) em relação à branca (48,75%). Entretanto, nas mulheres brancas, a proporção de casos ocorridos em via pública são superiores às negras (22,74 e 19,78, respectivamente).

**Figura 25** - Frequência de Casos de Estupro em Mulheres, Segundo Autor com Vínculo Conhecido pela Vítima, Por Raça/Cor no Distrito Federal, Entre 2009 e 2017.



Fonte: SINAN, 2019

Em relação ao autor do ato, dos casos ocorridos em mulheres entre 2009 e 2017, no DF, 60% dos estupros foram praticados por pessoas cujo vínculo é conhecido pela vítima, contra 40% com autores desconhecidos. Essa mesma proporção se mantém nos casos de estupros em mulheres negras. Já nos casos de estupro em mulheres brancas, a proporção de autores conhecidos é menor (55%), sendo 45% de casos ocorridos por autor desconhecido.

Dentre todos os casos de estupro por autores conhecidos pela vítima, a maior parte 33,8% ocorreu por amigos/conhecidos. 21% dos casos ocorreu com autor companheiro ou ex-companheiro da vítima (cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado). Há uma alta proporção de casos notificados com autor ignorado/ em branco (22%).

A proporção de casos cujo autor é amigo/conhecido é a maioria em todas as etnias analisadas, no entanto entre os casos ocorridos com mulheres brancas, essa proporção é de 38,7%, maior que entre os casos ocorridos nas mulheres negras (35,4%).

A violência de gênero é reflexo de uma cultura patriarcal, que demarca relações assimétricas de poder entre os gêneros (Bandeira, 2014). Segundo um estudo do Ipea, no Brasil, em 2011, 88,7% dos casos de estupro ocorreram no sexo feminino, com mais da metade abaixo de 13 anos, com 51% de pele preta ou parda corroborando com os dados encontrados no presente estudo (Cerqueira, 2014). Entretanto, segundo Winzer

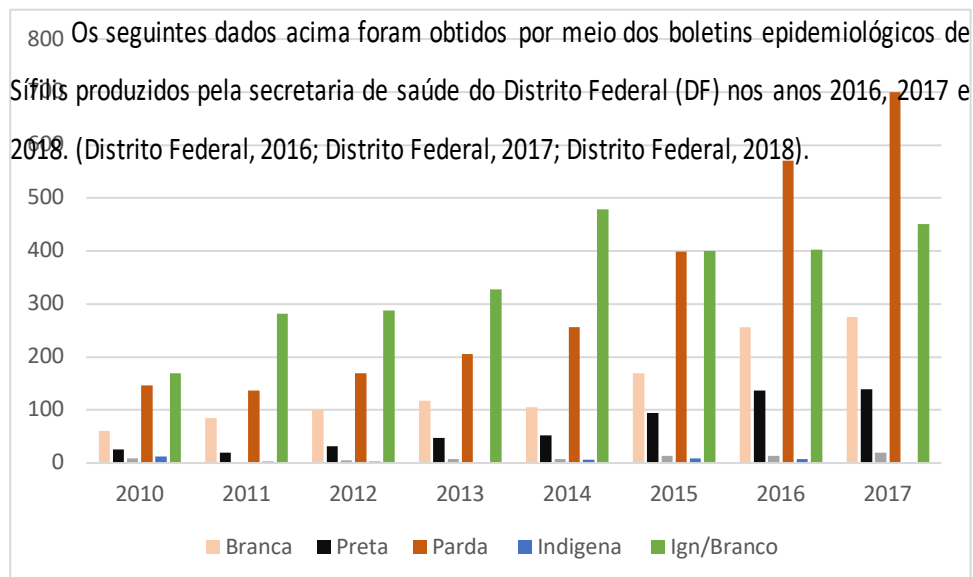
(2016), em revisão de literatura, encontrou divergências nos estudos, principalmente na definição da raça e cor da pele no Brasil, entretanto, nos estudos que consideram a análise dos prontuários, constatou maior propensão de violência sexual e estupro em mulheres brancas e pardas. Quanto ao sexo e a prevalência do estupro, há uma grande variação na literatura analisada, entre 1 a 40% das mulheres e 1 a 35% dos homens.

Diante do exposto, é possível perceber que a violência sexual, em especial o estupro tem importante influência do gênero, impactando de forma contundente no perfil das vítimas, em especial com relação à raça/cor. Chama atenção a maior parte dos estupros ocorrerem com o agressor tendo vínculo prévio com a vítima, seja familiar ou amigo/conhecido. Dados como os achados no presente estudo servem como um ponto de partida para criação de políticas públicas visando coibir tal prática, tão danosa às vítimas e à sociedade.

#### **4.8. Sífilis adquirida segundo raça/cor no DF entre 2010 e 2017**

Os seguintes dados abaixo foram obtidos por meio dos boletins epidemiológicos de Sífilis produzidos pela secretaria de saúde do Distrito Federal (DF) nos anos 2016, 2017 e 2018. (Distrito Federal, 2016; Distrito Federal, 2017; Distrito Federal, 2018).

**Figura 26** - Casos de Sífilis Adquirida segundo Raça/Cor por ano, no Distrito Federal, entre 2010 e 2017



Fonte: Boletim Epidemiológico 2016, 2017 e 2018.

Observa-se alto percentual casos notificados com a variável raça/cor “ignorado” (37,8%). Durante a série histórica, os casos notificados com raça/cor “ignorado” chegaram a 53,3% em 2011, passando para 28,4% em 2017. Tal constatação prejudica a análise do indicador. No entanto, considerando todo o território nacional, o quesito raça/cor tende a ser melhor preenchido do que no Distrito federal, constando 20,4% dos casos com preenchimento “ignorado”, com tendência cada vez menor durante o período, chegando à 16,1% no em 2017.

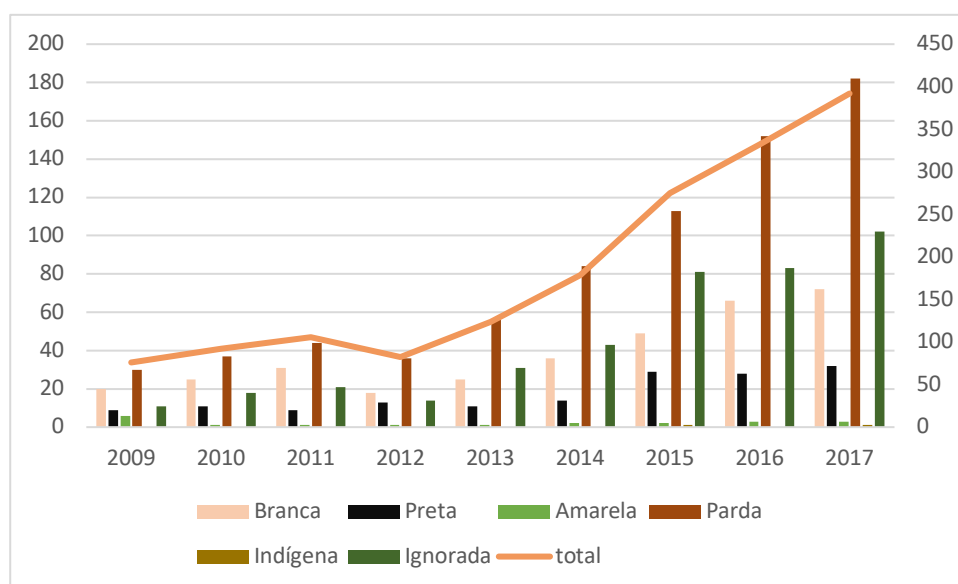
Observa-se um maior percentual de casos em pardos (35,8%) do que em brancos (16,2%) no DF. Se forem considerados os casos de sífilis adquirida entre negros (pretos e pardos) de todo o período, totalizamos 3.135 (43,4%). Tem-se superioridade na proporção de casos em pardos durante todos os anos do período analisado. A proporção dos casos de sífilis na população de negros no DF é menor do que a nacional para o mesmo período (40,2%).

Os dados epidemiológicos da sífilis adquirida foram considerados a partir do ano de 2010, pois apenas a partir desse ano, surge a obrigatoriedade da notificação compulsória dessa doença em todo o território nacional (Brasil, 2017).

### Sífilis Gestacional

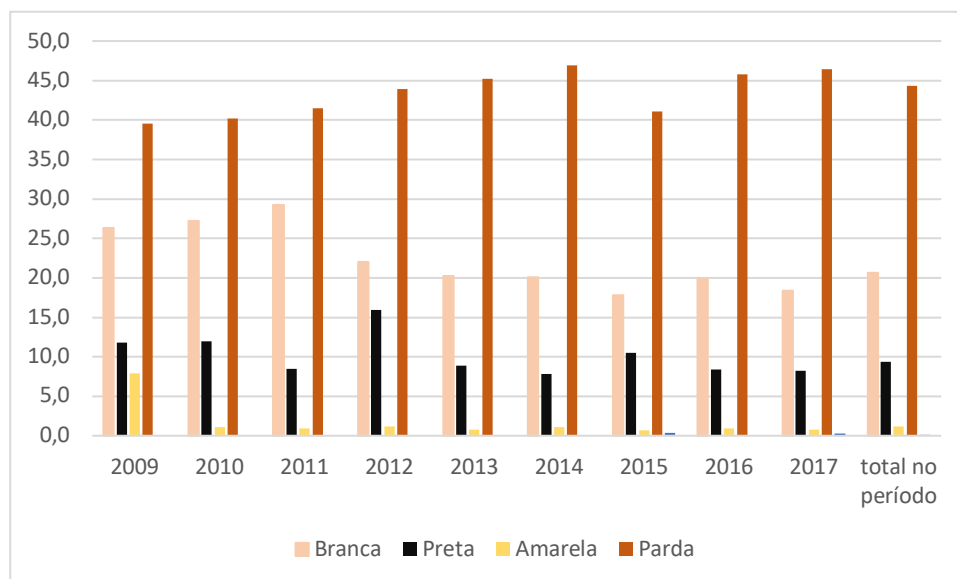
Os dados referentes à sífilis gestacional e Sífilis congênita foram obtidos por meio do SINAN. A análise contempla o período entre 2009 e 2017 pois até o momento da análise só haviam dados disponíveis para esse período. Nesse sentido, observa-se um aumento no número total de casos de sífilis gestacional durante o período observado. O percentual de gestantes com sífilis, notificadas com o campo raça/cor “ignorado” foi de 24,4%, considerando todo o período, dificultando a análise estatística. Entretanto, o percentual dos que se declararam pardos entre as notificações foi o mais alto em todos os anos. Considerando o número total de casos do período analisado, o percentual de negros foi de 53,7% dos casos notificados. Já a proporção de brancos compõe 20,6% dos casos.

**Figura 27** - Casos de Gestantes com Sífilis Segundo Raça ou Cor por Ano de Diagnóstico. Distrito Federal, 2009-2017



Fonte: SINAN, 2019

**Figura 28** - Percentual De Gestantes com Sífilis Segundo Raça ou Cor por Ano de Diagnóstico. Distrito Federal, 2009-2017.



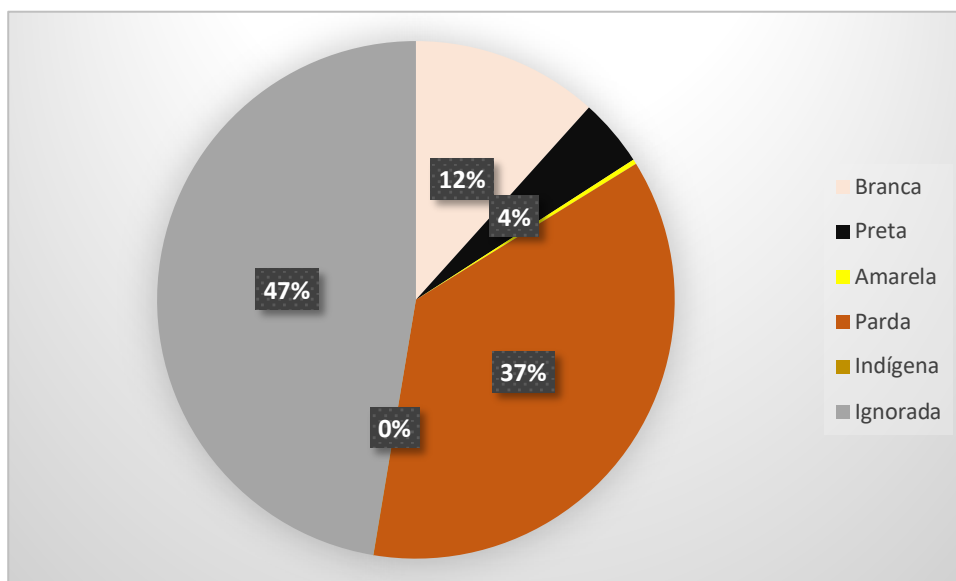
Fonte: SINAN, 2019

A notificação dos casos de Sífilis gestacional segundo raça/cor no território nacional tende a ser melhor preenchida do que no DF. Observa-se que em todos os anos do período, em todo o território nacional, o percentual de casos com o critério raça/cor “ignorado” foi de inferior ao do DF, variando de 10,5% em 2008 à 6,6% em 2017. (Brasil, 2019)

### Sífilis congênita

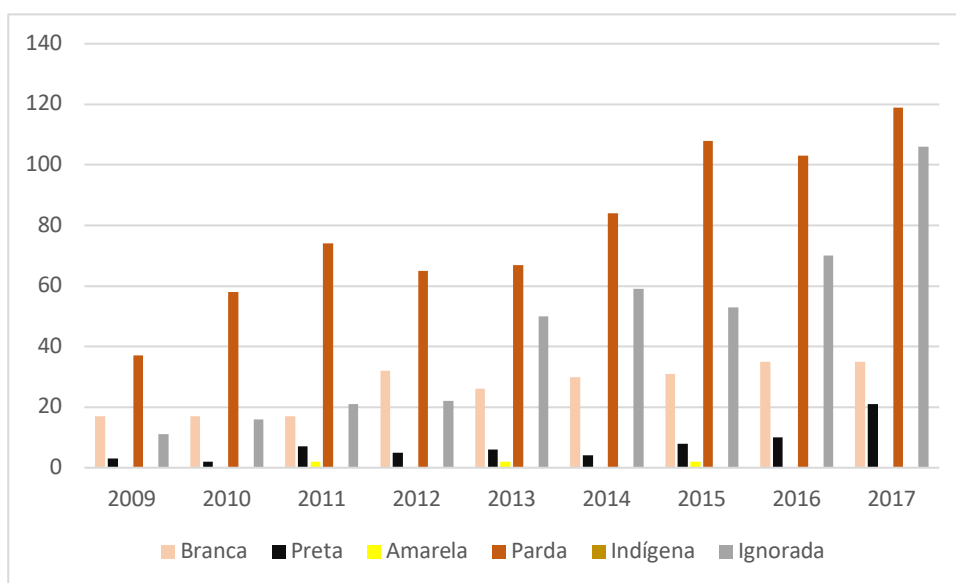
Durante o período entre 2009 e 2017, foram notificados, no total, 3.002 casos de sífilis congênita no Distrito Federal. Observa-se, nos anos da série histórica, um alto percentual de casos notificados com a categoria raça/cor da mãe “ignorado” (47%), o que dificulta a análise do indicador segundo raça/cor. No entanto, 40% dos casos notificados constam como casos de sífilis congênita em crianças nascidas de mães negras (“pretas” 4% ou “pardas” 36%). É uma proporção que sugere superioridade em relação a de casos notificados como brancos (12%). Os casos notificados com raça/cor “ignorado” tem proporção crescente no DF durante a série histórica, atingindo 37,7% em 2017. O número de casos notificados no DF também atinge seu máximo no ano de 2017, com 281 casos.

**Figura 29** - Proporção de Casos de Sífilis Congênita Segundo Raça ou Cor da Mãe no Distrito Federal entre 2009-2017.



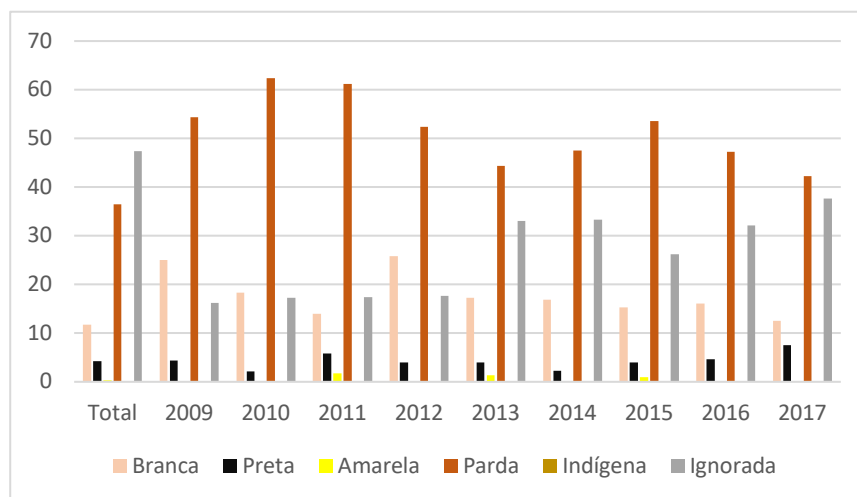
Fonte: SINAN, 2019.

**Figura 30** - Casos de Sífilis Congênita Segundo Raça ou Cor da Mãe por Ano de Diagnóstico. Distrito Federal, 2009-2017.



Fonte: SINAN, 2019

**Figura 31** - Distribuição Percentual de Casos de Sífilis Congênita Segundo Raça ou Cor da Mãe por Ano de Diagnóstico. Distrito Federal, 2009-2017.



Fonte: SINAN, 2019

Dentro do panorama nacional, em relação à raça/cor das mães das crianças com sífilis congênita, no ano de 2017, a maioria delas se declararam como pardas (56,8%), pretas (9,2%) ou seja, negros (66%), brancas (24,9%) e ignorada (8,4%). Nota-se que o preenchimento dos dados quanto raça/cor é melhor nos indicadores nacionais do que no DF, visto que o percentual de dados com raça/cor “ignorada” é menor em todos os anos da comparação.

Observa-se uma alta proporção de dados gerados com quesito raça/cor ignorado, prejudicando a qualidade da análise dos dados. Apenas em 2018, por meio do DECRETO N°3924, o preenchimento do quesito raça/cor passou a ser obrigatório no DF, o que deve melhorar a qualidade da geração dos dados a partir de então. Tais achados, mostram uma importante necessidade de melhorar a qualidade das notificações, dispensando atenção especial e sensibilização dos profissionais de saúde no preenchimento do quesito raça/cor adequadamente.

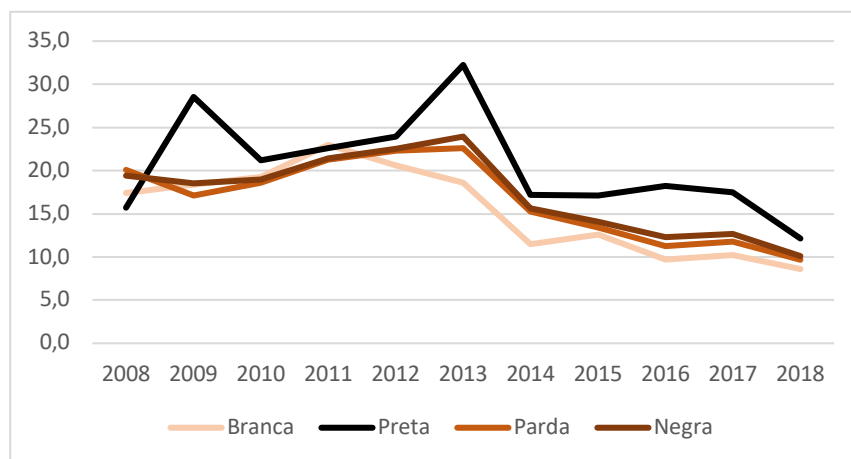
A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível tratável, cujas consequências podem ser gravíssimas. É uma doença de tratamento à baixo custo, e diagnóstico bem estabelecido, no entanto, ainda sim constitui um importante problema de saúde no DF. (Distrito Federal, 2017). No período analisado, observa-se uma importante proporção de negros nos casos notificados, levantando indícios que podem sugerir maior vulnerabilidade nessa parcela populacional.



#### 4.9. HIV/aids

Entre 2008 e 2018 foram notificados 5.740 casos de HIV/AIDS, preferencialmente em homens (75%), de faixa etária preferencial entre 28-49 anos (84% dos casos). Cerca de 52% dos casos ocorreram em negros (43% pardos e 9% pretos) e 25% em brancos. Foram notificados em média 522 casos por ano durante o período. A Taxa de Incidência (TI) média foi de 19 casos por 100.000 habitantes. A TI média foi maior em negros (17) do que em brancos (15), em especial em pretos (21 casos por 100.000 habitantes). A TI por ano tende à queda em todas as etnias analisadas durante o período. (Figura 32). Observa-se maior TI em pretos em todo o período da pesquisa.

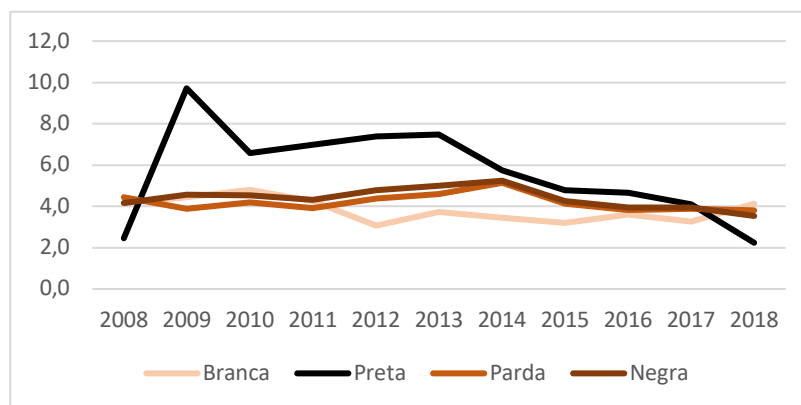
**Figura 32** – Taxa de Incidência Segundo Raça/Cor e Ano entre 2008 e 2018 no Distrito Federal



Fonte: SINAN, 2020; IBGE, 2010; PNAD e PNAD contínua.

Em relação aos óbitos por HIV, ocorreram 1.268 mortes no período. Quanto à causa do óbito, considerando as categorias B20 à B24 do CID 10, a maior parte (74%) dos óbitos ocorreram pela categoria B20 (Doença pelo vírus HIV, resultando em doenças infecciosas e parasitárias). A mortalidade proporcional pelo HIV foi maior em negros (61% - sendo 50% pardos e 11% pretos) do que em brancos (37%). 71% dos óbitos ocorreram em homens. A faixa etária com maior proporção de óbitos é de 40 a 49 anos (33% dos óbitos).

**Figura 33** – Taxa de Mortalidade Segundo Raça/Cor entre 2008 a 2018 no Distrito Federal.



Fonte: SIM, 2020; IBGE, 2010; PNAD e PNAD contínua.

Nos negros a taxa de mortalidade média é maior (4,4) do que em brancos (3,8). Em pretos, a taxa de mortalidade média é a maior de todas as etnias estudadas (5,6 óbitos por cada 100.000 habitantes). Acima, a figura mostra a série histórica da taxa de mortalidade por HIV segundo raça/cor.

Os dados mostram maiores taxas de incidência e mortalidade em negros do que em brancos. Destacam-se, entre os negros, as maiores TI e TM em pretos. Os negros também compõem a maior mortalidade proporcional por HIV. Tais achados mostram maior risco de adoecimento e de morte por HIV nas populações negras em relação às brancas. Cunha, et. al (2018) em análise da tendência da mortalidade da aids no Brasil entre 2000 e 2015 encontrou tendências de mortalidade por raça crescentes entre negros e decrescentes entre brancos. Segundo boletim epidemiológico HIV/AIDS de 2019 o verificou-se queda de 22,2% na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 22,5% na proporção de óbitos de pessoas negras. (Brasil, 2019). Nesse contexto, os dados sugerem vulnerabilidade especial de negros relação ao HIV, sendo necessárias políticas específicas que levem em consideração tais diferenças mediadas pela raça/cor.

## 5. Considerações Finais

Foi possível analisar diversos indicadores socioeconômicos e de saúde comparando a população negra e branca do Distrito Federal. A maior parte da população residente do Distrito Federal é composta por pessoas de raça/cor negra, em situação urbana. Quanto à moradia, a maioria da população tem acesso à água encanada e ao esgoto. Nas regiões com maior renda média, há maioria de moradores brancos, já nas

regiões com renda média menor, há maioria de negros. No campo da educação, a taxa de analfabetismo é quase duas vezes maior em negros do que em brancos. Nos pretos, essa taxa chega à quase 2,5 vezes a encontrada em brancos.

Em relação à natalidade, o tipo de nascimento mais frequente foi o cesariano. Os negros têm maiores taxas de natalidade e maior proporção de mães adolescentes entre as mulheres negras. Entretanto, nas negras há maior proporção de parto normal, enquanto nas brancas há maior proporção de cesarianas. Ademais, nas mães negras, há maior proporção de mães solteiras do que nas mulheres brancas, levantando possíveis reflexões sobre a situação afetiva da mulher negra no DF.

Quanto aos óbitos maternos, a maior parte das mortes ocorreu em negras. Os maiores coeficientes de mortalidade maternos foram encontrados em pretas, no entanto na comparação entre negras e brancas, as mulheres brancas têm maiores coeficientes de mortalidade materna, podendo ter relação com a maior taxa de cesáreas nesse grupo. Há maior proporção de negras nos óbitos por gravidez que termina em aborto.

Quanto aos óbitos em crianças, o estudo encontrou maiores taxas de mortalidade infantil bem como maiores taxas de mortalidade em menores de 5 anos na população branca em relação à negra. Tal fato, assim como a mortalidade materna, pode ser explicada pela alta proporção de cesarianas nessa parcela da população. No entanto são necessários mais estudos para esclarecer essa relação.

Na análise da mortalidade geral, observou-se que o coeficiente de mortalidade geral é maior em brancos do que em negros, entretanto, quando a análise considera causas específicas, o perfil dessa mortalidade mostra variações notáveis com relação à raça/cor. A mortalidade proporcional foi maior em negros. Nas mortes por causas externas, a maioria é composta por negros (quase o triplo da proporção de brancos). O coeficiente de mortalidade médio por causas externas no período, em negros, é cerca de 2 vezes do encontrado em brancos. Os negros compõem a esmagadora maioria das mortes por agressão, nas quais o método da agressão tem uma alarmante particularidade: a alta contribuição dos óbitos por arma de fogo, por objetos perfurantes ou por uso de força física.

Em relação as mortes por doenças do aparelho circulatório, os brancos concentram discreta maioria da proporção dessas mortes, além de possuírem maiores coeficientes de mortalidade para essa categoria. Entretanto, nos negros há maior proporção dos óbitos por doenças circulatórias antes dos 50 anos em comparação aos brancos. Já nos óbitos por neoplasias, observou-se que a maior parte se concentra na população acima de 50 anos em ambas etnias. O coeficiente de mortalidade médio por neoplasias para o período foi maior nos brancos do que nos negros.

Os casos de violência têm um perfil das vítimas mediado pela cor. Os negros compõem maior proporção dos casos notificados de violência. Em relação aos casos de estupro, a proporção dos casos ocorridos em mulheres negras é maior do que nas brancas. A maior parte dos estupros ocorreu por autores com vínculo conhecido pelas vítimas.

Observaram-se maiores proporções de negros do que brancos nos casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita. Entretanto, para essa patologia, há alta proporção de casos notificados com raça/cor ignorada, prejudicando análises mais apuradas. Na análise dos casos de HIV/AIDS, maior proporção de notificações com raça/cor negra do que branca. Além disso, há maiores taxas de incidência e mortalidade médias nos negros, em especial nos pretos.

Diante do exposto, é possível perceber que o panorama social em especial na saúde da população negra no Distrito Federal demonstra especificidades as quais necessitam de atenção. Em vários dentre os indicadores selecionados pelo estudo, há dados que sugerem maior vulnerabilidade da população negra em relação a branca. Chamam atenção os achados à respeito das violência e das mortes por causas externas, os quais sugerem uma importante contribuição da raça/cor como promotor de desigualdades. São necessários mais estudos para entender a dinâmica envolvida na promoção das vulnerabilidades mediadas pela raça/cor, bem como são necessárias políticas públicas voltadas para eliminar tais desigualdades.

## 6. REFERÊNCIA

ABES. Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental. Ranking ABES da Universalização do Saneamento, 2018. Disponível em: [http://abes-dn.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Ranking\\_2018a.pdf](http://abes-dn.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Ranking_2018a.pdf) Acesso em 13 Mai. 2020.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.

BATISTA, L.E; WERNECK, J; LOPES, F. (orgs.). Saúde da população negra. 2. ed. Brasília, DF : ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Ampliação do ensino fundamental para nove anos: 3º relatório do programa**. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **[INTERNET]**. DATASUS, 2010. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206> Acesso em 31/10/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF- 14 mai. 2009. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html) acessado em 1/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2019. Ministério da Saúde, Número Especial. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019> Acesso 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil relacionada a pobreza**. Brasília, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa,

Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da Criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos Dias Atuais**. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2019 set [data da citação]; 50(n.esp.):1-154. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso: 13 jan. 2020.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde** (versão preliminar). 2014.

CERQUEIRA, D.R.C et al. **Atlas da violência 2019**. 2019.

CERQUEIRA, D.R.C. **Causa e consequências do crime no Brasil**. Tese (Doutorado) – Departamento de Economia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://twixar.me/s8pn>>. Acesso 19 out. 2020

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Análise de vulnerabilidades da juventude negra no Distrito Federal - Subsídios à implantação do Plano Juventude Viva**. Brasília, 2013a.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Evolução do IDH do Distrito Federal e dos Municípios da Área Metropolitana de Brasília Comparativamente às Demais Unidades da Federação e Municípios Do Brasil**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Evolu%C3%A7%C3%A3o-do-IDH-do-DF-e-dos-Munic%C3%ADpios-da-AMB-Comparativamente-%C3%A0s-demais-Unidades.pdf>  
Acesso em: 10 Jan. 2020.

CODEPLAN, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital Por Amostra e Domicílios – PDAD 2018**. Secretaria de Estado de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal – SEFP. Distrito Federal, 2018.

Disponível em:  
[http://www.codeplan.df.gov.br/wpcontent/uploads/2019/03/PDAD\\_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf](http://www.codeplan.df.gov.br/wpcontent/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf) Acesso em 30 jun 2020.

CUNHA, Ana Paula da; CRUZ, Marly Marques da; PEDROSO, Marcel de Moraes. TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR HIV/AIDS SEGUNDO RAÇA/COR NO BRASIL E SUAS REGIÕES ENTRE 2000 E 2015. 2018.

DE AZEVEDO BARROS, Marilisa Berti. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-8, 2017. Acesso em 03 mai. 2019. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000156.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000156.pdf)

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

DUARTE, E.C et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil. Um Estudo Exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 123 p.: il. Disponível em [pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/produtos-474](http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/produtos-474) Acessado em: 01/05/2018.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. SciELO-EDUFBA, 2008.

FUNASA. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2005. 446 p.

GASPAR, Renato Simões; PEREIRA, Marina Uchoa Lopes. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00172617, 2018.

IBGE. **Pesquisa das características étnico-raciais da População-PcerP**. 2012.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2016.

IBGE. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. Censo Demográfico Tabela 3175 - População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o

sexo e a idade, 2020 a. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175> Acesso em 20 Mai 2020.

IBGE. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual. Tabela 6408 - População residente, por sexo e cor ou raça, 2020 c. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408> Acesso em 30 Mai. 2020.

LIMA, R.S. et al. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 12º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Acesso em, v. 15, 2016.

LÓPEZ, L.C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.

MENEZES, J.M.F. **Abolição no Brasil: A Construção da Liberdade**. Revista HISTEDBR On-line, n.36, p. 83-104, Campinas – 2009.

MESSIAS, Tamyres Laysla; AMORIM, Malú Flávia Porto. RELAÇÕES AFETIVAS E MULHERES NEGRAS: OBJETO SEXUAL OU SOLIDÃO. **Revista Espirales**, v. 2, n. 4, p. 12-35, 2019.

MOTA, L.T. O Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro e as propostas de integração das comunidades indígenas no estado nacional. **Diálogos**, v. 2, n. 2, 1998.

NASCIMENTO, A.J; MEDEIROS, M.G. **O Fim da Escravidão e as Suas Consequências. IV Colóquio de História**. Olinda, 2010.

OLIVEIRA, E.I.I; MOLINA, R.M.K. A **ampliação da base social da educação superior no contexto do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais: o caso do ProUni**. Rev. Bras. Estud. Pedagog. [online]. 2012, vol.93, n.235, pp. 743-769. ISSN 2176-6681.

PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. **Características Étnico-Raciais da População. Classificação e Identidades**. 2013. Rio de Janeiro, IBGE (série Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf> Acesso em: 4 Mai. 2019.



ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 556-568, 2020.

SANTOS, R.V.; MAIO, M.C. Antropologia, raça e os dilemas das identidades na era da genômica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 447-468, 2005.

TRACCO, C.L. **A Formação da Sociedade Brasileira Aspectos Econômicos, Políticos e Religiosos (Séc. XVI - XX)**. Revista Eletrônica Espaço Teológico, 2014, Vol. 8, n. 13, pp. 124- 144. ISSN 2177-952X.

UNESCO. **Relatório do Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e do Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial**. 2017 Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260661>> acesso em 16 jul. de 2019.

UN, UNITED NATIONS. **Objetivo 6: Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos**. [INTERNET] Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods6/> Acesso em 15 mai. 2020.

VELOSO, F.C.S. et al. Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 95, n. 5, p. 519-530, 2019.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade** [online]. 2016, v. 25, n. 3 [Acessado 3 Maio 2019] , pp. 535-549. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.

WINZER, Lylla. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, p. e00126315, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Geneva: WHO**, 2015.

ZAMORA, Maria Helena Rodrigues Navas. **Desigualdade racial, racismo e seus efeitos**. Fractal, Rev. Psicol.[online]. 2012, vol.24, n.3, pp. 563-578. ISSN 1984-0292.

